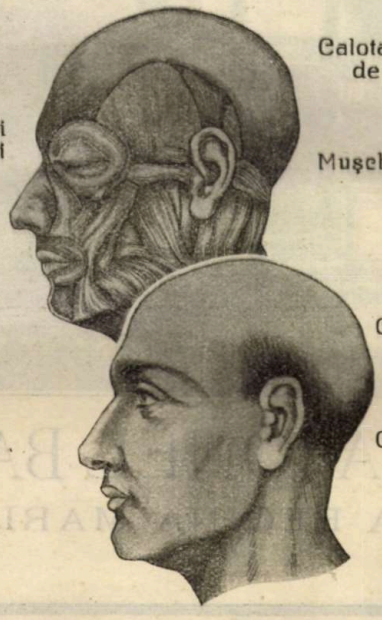
Anul I. Nr. 1. 10 Lei Exemplarul. 15 Febr. 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Preveniţi căderea părului prea de timpuriu — prin „DAKRYSOL"

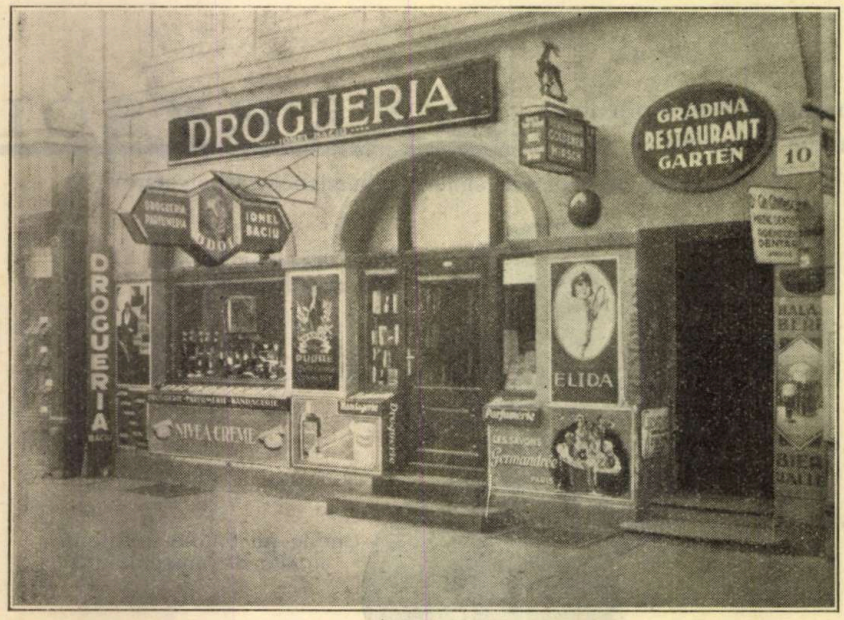
(Hormoni de creştere sulfuric-albuminoase Cholesterin.)



Reprezentanţa generală:
Ind. Farm. HIETSCH & Co.
Sibiu, Strada Gheorghe Coşbuc 15.

SIBIU, 1934
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

Biblioteca Judeteana ASTRA
21589P



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Cuvânt înainte

Sibiul s'a impus în trecut ca un vechiu şi important centru medical. Işi datora aceasta faimă sanatoriilor sale reputate, numeroaselor spitale de cari dispunea, într'o epocă relativ săracă în asemenea instituţii, precum şi faptului că oraşul şi împrejurimile sale pitoreşti erau apreciate ca staţiuni climaterice de primul rang.

In afară de aceste consideraţii de confort şi climat, Sibiul atrăgea însă lumea suferindă îndeosebi prin reputaţia necontestată a medicilor săi, cari în cea mai mare parte fiind formaţi la Clinicele din Austria şi Germania, aduceau aici metodele de investigaţie şi tratament precum şi spiritul specific al şcolii medicale germane.

Chirurgul de mare anvergură Otto *a creiat şcoală pe lângă spitalul unde a funcţionat până la adânci bătrâneţe, iar neurologul* Pandy *aici în Sibiu a întreprins cea mai mare parte a binecunoscutelor sale cercetări. Renumele lor, împreună cu reputaţia unei pleiade întregi de buni medici practicieni făcea, ca Sibiul să fie cercetat mereu de un mare număr de bolnavi din toate părţile Ardealului, dar şi de o foarte numeroasă clientelă din Vechiul-Regat.*

Aceasta reputaţie bine stabilită a Sibiului a fost pusă la o serioasă încercare în perioada de după Unire. Sibiul avea de înfruntat mai întâi concurenţa tot mai aprigă a oraşelor învecinate — îndeosebi a Braşovului, — cari favorizate de situaţia geografică nou creiată, luau o desvoltare neobişnuită înainte, iar pe de altă parte avea de învins dificultăţi mari cari s'au ivit în urma schimbărilor survenite prin plecarea „bătrânilor" cu renume şi înscăunarea unei generaţii noui, crescută şi formată într'un alt spirit şi la o altă şcoală.

In mod fatal a urmat o eclipsă trecătoare în primii ani după Unire, deşi n'au lipsit nizuinţele şi nici eforturile de a se atenua unele aparenţe înşelătoare. Generaţia nouă s'a pus la treabă din primele

momente, a înjghebat o societate „medico-militară" cu reuniuni ştiinţifice lunare regulate şi a făcut să apară — durere, numai scurtă vreme — şi o publicaţie destul de bună: „Buletinul Medico-Militar".

Eforturile serioase ale nouii generaţii de medici sibieni trebuia să ducă în cele din urmă la rezultatul dorit. Pe încetul Sibiul şi-a recăpătat vechia înfăţişare de important centru medical; spiritul cel nou s'a înstăpânit definitiv, iar generaţia Unirei a izbutit să se impună şi să se ridice chiar deasupra nivelului ajuns cu atâta trudă de către vrednicii ei înaintaşi.

Lucrul nu a mers tocmai uşor. Trebuiau mai întâi învinse susceptibilităţile locale şi risipită o atmosferă apăsătoare care se creiase artificial, deodată cu marile transformări istorice din 1918. Trebuiau înfruntate cu bărbăţie şi greutăţile mari cari se iveau zi de zi prin înăsprirea crizei economice şi în acelaş timp trebuia să se ţină seamă şi de cerinţele vremii cari erau mult mai pretenţioase ca înainte.

Prin muncă cinstită, prin perseverenţă şi prin calităţile incontestabile de cari dispunea, dar mai ales prin spiritul care i-a fost infiltrat de către şcoala medicinei româneşti autohtone, generaţia cea nouă a reuşit să treacă cu bine acest examen greu şi să se impună definitiv în situaţia nou creiată.

Instituţiile sanitare ale Sibiului s'au înmulţit sub noua stăpânire, unele din cele vechi au luat o desvoltare neobişnuită înainte, iar medicii de specialitate ai Sibiului au atins repede şi au întrecut în multe privinţe nivelul celebrităţilor locale consacrate, deşi se prezentau într'o epocă în care ştiinţa medicală luase o desvoltare deosebită şi făcuse progrese enorme.

După 15 ani dela Unire constatăm cu mândrie că vechia tradiţie medicală a Sibiului a fost păstrată ba chiar a fost depăşită în multe privinţe. Un spirit nou planează asupra vechei cetăţi de cultură medicală. Un avânt tineresc irezistibil străbate toate acţiunile pe teren medical şi social şi aceste elanuri se manifestă în tot atâtea creiaţiuni. Lumea suferindă de pretutindeni vine cu multă încredere la Spitalele noastre cari sunt bine întreţinute şi unde se munceşte cu abnegaţie şi multă pricepere. Medicii noştrii de specialitate, elevi distinşi ai atâtor maeştrii autohtoni, ţin pas cu evoluţia neîntreruptă a ştiinţei şi se cultivă reciproc prin numeroase conferinţe şi demonstraţiuni de cazuri cari se ţin în mod regulat de o serie de ani în cadrele Colegiului sau Asociaţiei Generale a Medicilor. Medicii noştri sanitari se disting prin o activitate reformatoare deosebită pe teren de organizare sanitară, creind numeroase instituţii noui de me-

dicină preventivă, iar toţi împreună într'o armonie şi solidaritate desăvârşită participă de câţiva ani la o acţiune medico-socială de primul rang, făcând nenumărate anchete medico-sanitare pe sate, anchete medicale în mediul şcolar şi participând într'o largă măsură la opera mare de propagandă întreprinsă de „Astra" noastră culturală.

Corpul medical din Sibiu solidar în toate acţiunile sale şi înţelegându-şi pe deplin rolul său de important factor social, contribue la popularizarea ştiinţei medicale, se cultivă reciproc, dar în acelaş timp ţinând pas cu imperativele vremii, caută să contribue într'o largă măsură şi la propria sa cultivare. Din aceasta nizuinţă s'a încetăţenit la Sibiu sistemul „zilelor medicale", inaugurate cu atâta succes în toamna anului 1933 prin frumoasele conferinţe ale Profesorilor dela Facultatea de Medicină din Bucureşti de sub conducerea entuziastă a Domnului Profesor Dr. Danielopolu.

Iar acum ne găsim în pragul unei noui realizări. In dorinţa de a face cunoscută munca ce se depune pe teren medical, sanitar şi social de către medicii Sibiului şi ai Regiunei Sanitare ce-i aparţine, un mănunchiu de medici şi-a luat sarcina de a edita o revistă lunară care să fie oglinda fidelă a acestei activităţi.

Scrisă de o seamă de medici de specialitate bine apreciaţi, medici sanitari destoinici şi practicieni cu bun renume, — revista „Sibiul Medical" se adresează deopotrivă specialistului, practicianului şi medicului sanitar. Ea va cuprinde articole, dări de seamă, recensii şi informaţiuni privitoare la toate domeniile ştiinţei şi vieţii medicale. Fără pretenţia de a creia ştiinţă, vom publica articole asupra diferitelor probleme de actualitate în medicina curativă, vom comunica observaţiile noastre clinice asupra unui bogat material de bolnavi şi vom insista asupra rezultatelor dobândite în Spitalele noastre şi în viaţa practică prin aplicarea diferitelor metode de diagnostic şi tratament.

O deosebită atenţiune vom acorda problemelor de organizare sanitară. Ne vom ocupa permanent de toate aspectele multiple şi atât de variate ale organizării noastre sanitare, căutând a stabili cele mai potrivite metode de lucru şi de organizare cari să marcheze un real progres în acest domeniu atât de vast şi atât de neglijat. Vom lupta cu încredere pentru încetăţenirea unui sistem de organizare sanitară bazat pe principiile moderne de medicină preventivă, sistem pe care îl socotim salvator pentru situaţia sanitară destul de rea în care ne găsim. Ne vom nizui a stabili şi standardiza metode de lucru unitare pentru diferitele categorii de servicii sanitare, folosindu-ne

în acest scop de bogata experienţă câştigată pe teren de către medicii noştri primari de judeţe şi oraşe precum şi de către cei mai destoinici medici de plasă şi circumscripţie.

Ne vom ocupa în mod permanent de problemele profesionale ale medicilor şi personalului sanitar de toate categoriile. Vom lupta pentru apărarea şi promovarea intereselor noastre de breaslă şi vom stărui pentru legiferarea justelor revendicări ale corpului medical: Casa de pensiuni şi ajutor şi Legea corpului tehnic al medicilor. Vom insista pentru contopirea celor două organizaţii profesionale ale corpului medical, Asociaţia medicilor şi Colegiul medicilor într'o singură organizaţie mare şi puternică şi care să fie unica reprezentantă a totalităţii medicilor din ţară.

Vom ţinea o pagină deschisă pentru problemele de ocrotire şi pentru promovarea instituţiei surorilor de ocrotire cari trebue să devină cele mai importante şi mai utile auxiliare ale medicului sanitar în toată activitatea lui medico-socială.

In fine vom publica recenzii şi referate asupra diferitelor probleme de medicină, igienă şi organizare sanitară; vom da informaţiuni asupra vieţii medicale dela noi şi din străinătate şi vom publica dări de seamă asupra diferitelor congrese şi reuniuni medicale.

Vrem ca „Sibiul Medical" să devină un laborator activ pentru problemele profesionale şi de organizare sanitară, o tribună liberă a corpului medical din aceasta regiune a ţării, dar în acelaş timp şi un mijloc de promovare a sentimentului de solidaritate colegială şi un stimulent pentru o activitate medico-socială vie şi conformă cu adevărata chemare a corpului medical.

In acest scop apelăm la toţi colegii noştri din aceasta regiune cerându-le sprijinul şi colaborarea, apelăm la maeştrii noştri de clinică precum şi la factorii de conducere din domeniul Sănătăţii Publice, solicitându-le bunăvoinţa şi încrederea, dar şi un larg sprijin moral în acţiunea noastră.

Ne adresăm tuturor celor cari gândesc la fel cu noi şi îi invităm la muncă comună pentru promovarea ştiinţei medicale româneşti, pentru asigurarea unei organizări sanitare cât mai bune şi mai potrivite cu cerinţele vremii şi prin aceasta pentru ridicarea prestigiului corpului medical românesc.

Sibiu, la 29 Ianuarie 1934.

Dr. I. Stoichiţia
Inspector General Sanitar şi de Ocrotire.

Câteva date asupra imperfecțiunei creerului nostru și a mijloacelor prin care s'ar putea înlătura

De Dr. G. Preda,
medic primar, director superior și inspector general sanitar.

Stările de suferință ale umanității din ziua de astăzi: criza financiară, șomajul, greva sau războiul din unele țări, etc., sunt explicate sau li se dă drept cauză, conflictele economice sau relele organizațiuni de stat.

Aceste cauze, noi nu trebue să le privim decât ocazionale, provocatorice, ca niște mărturii ale altor cauze mai adânci.

Rațiunea comună la aceste desordini sociale pare să fie, incapacitatea creerului nostru de a se adapta la condițiile complexe de astăzi și de a urma sau menține calea rațională pe care apucă.

a) O eroare a legislațiilor noastre și pot zice chiar a educației noastre, stă în faptul că noi considerăm creerul ca organul capabil să găsească calea rațională și să se conformeze ei.

Această eroare este similară aceleia care ne-ar face să credem că este de ajuns să explicăm unui fobic, absurditatea de a se spăla de 20 ori pe mâini când a atins mânerul ușei, sau aceea de a lua automobilul atunci când trece o punte, pentru ca aceste fobii să dispară. Și tot așa dacă am spune alcoolicului să nu consume în o cafenea decât numai limonadă, morfinomanului să dea exemplu de abstinență, delirantului interpretativ că-și acuză pe nedrept vecinul etc., ca să credem că acei ce prezintă aceste tulburări sunt vindecați. Eroarea de mai sus ne-ar putea conduce la ideia chiar că prin o simplă lovitură, am desființa sanatoriile sau spitalele de specialitate, am înlătura atentatele pasionale, prostituarea femeilor, etc.

Se știe însă de noi toți că acești nenorociți sau suferinzi, prezintă mai întâi o deficiență (transmisă de cele mai multe ori ereditar), susceptibilă de a deslănțui o reacțiune morbidă de îndată ce sunt supuși unei excitațiuni patogene mai puternice.

Trebue să căutăm și să găsim deci în fiecare din ei mecanismul profund produs, fie prin naștere, fie prin jocul vicios al organelor, fie prin perturbația glandelor endocrine, fie prin slăbirea procesului nutritiv de bază, etc. Numai după aflarea acestui mecanism vom căuta prin acțiuni medicamentoase, psihice, etc. să întărim echilibrul instabil al organismului.

Toate cele spuse la individ se aplică și pentru colectivitate care precum știm este o reunire de indivizi ce lucrează cu creerul

lor în funcţie de organismul lor. In creerul organismului social trebuesc deci cercetate cauzele, care împiedecă adaptarea sau buna soluţionare a problemelor sociale;

b) Creerul uman este apoi un organ în evoluţie, care are o parte mai recentă, mai nou câştigată (scoarţa), unde psihismul este mai nuanţat, mai intelectual şi o parte mai veche — partea afectivă, — considerată suficientă pentru animalele puţin evoluţionate. Scoarţa controlează mereu creerul vechiu.

In mod schematic privit, antagonismul dintre aceste părţi ale creerului constitue izvorul de acţiune. Reacţiunile violente prin virtutea şi viţiul din individ; prin opoziţionismul dintre bărbat şi femeie din familie; prin conflictele dintre profesiuni sau clase din societate; prin ostilităţile dintre popoare sau naţiuni din lume, creiază şi întreţin forţa vie, energia vieţei.

Cu toate că omul cultivat şi raţional este obligat să lupte contra valurilor cupidităţei, egoismului, răzbunărei etc., totuşi în fiecare zi se dovedeşte faptul că viaţa afectivă (ori cum ar fi ea), este absolut necesară vieţei intelectuale şi că această din urmă ca să se desvolte cum trebue, are nevoie de incitaţiunile celei dintâi.

Identic se prezintă problema şi din punct de vedere social.

Se ştie că sforţările civilizaţiei consistă în a sublima, a purifica, a raţionaliza instinctele noastre primitive.

Sentimentele altruiste, elanurile filantropice, sentimentele superioare (naţional, religios) etc., nu sunt decât energii de transformare a tendinţelor mai vechi, adecă a acelor tendinţe care au asigurat şi asigură propria noastră existenţă. Nu ar fi oare periculos să indiguim prea mult aceste tendinţe?

Iată ciclul (am putea zice — viţios) în care intrăm prin imperfecţia creerului şi care negreşit complicând problema, îngreuie găsirea soluţiilor pentru anumite împrejurări;

c) O altă imperfecţie a creerului uman, este că el diformă toate fenomenele lumei exterioare şi reconstrueşte lumea după cadrul său propriu, deci după acel al ignoranţei sale, al prejudecăţilor sau curentelor sentimentale.

Aceste curente sentimentale conduc uneori omul la mari cruzimi, pe care nu le putem găsi la animale, care, (precum ştim) au o viaţă psihică mai simplă.

Prin urmare cu cât ne servim de un instrument mai bogat, mai perfecţionat, cu atâta ne convingem că el este mai greu de regulat şi de manipulat;

d) Aceia ce constitue un eşec al raţiunei noastre este şi faptul că indivizii supuşi la condiţiuni grele de suferinţă, sfârşesc prin a se adapta lor. Exemplele nu lipsesc, fie că luăm războaiele de succesiune, când negrii luptau bucuros în rândul sclavilor, fie că luăm aprigile femei care luptă astăzi chiar contra emancipaţiei femenine;

e) Prin inteligenţă şi mai ales prin langaj (care utilizează un material enorm de concepţii) omul vrea apoi să explice totul, chiar lucrurile iraţionale, egoiste, sau periculoase.

Doctrinele speciale pe care le edifică însă omul, nu sunt în realitate decât inspiraţiile centrilor săi instinctivi, deci ai acelor centri pe care-i găsim la fiinţe destul de depărtate de el pe scara evoluţiei animale. Nu trebue să ne mirăm deci că omului i se poate impune totul, deoarece el este gata să accepte orice în faţa violenţei, contra căreia nici cultura, nici obişnuinţa funcţiunilor înalte, nici prestigiul clasei sociale, nici chiar cele mai puternice credinţe, nu constituesc garanţii suficiente.

Şi dacă revenim la societate sau naţiune putem spune că orice întreprindere, oricât de extraordinară s'ar părea, poate fi încercată şi realizată la un popor în funcţie de supunere afectivă.

Higiena şi profilaxia mintală bine vulgarizate, ar fi singurele care pe de o parte ar putea să lumineze individul şi colectivitatea asupra imperfecţiunei creerului, iar pe de alta ar aduce o contribuţie la asanarea vieţei individuale şi sociale.

Prin o bună înţelegere şi practică a lor, omul ar ajunge cred, să se mulţumească cu fructele pe care tehnica modernă i le oferă şi ar putea să se priveze de utilizarea lor şi a sentimentelor bolnave cu care se strivesc cei slabi.

S'ar putea cu un cuvânt, găsi o eşire mai bună din existenţa infernală de astăzi, în care unul se bucură de răul altuia, cu riscul de a atrage asupra sa un rău şi mai mare.

Se impune tuturor datoria de a înlesni opera de higienă şi profilaxie mintală întreprinsă de spitalele de boli mintale şi nervoase din ţară (după modelul celor din străinătate) şi prin dispensarele neuro-psihiatrice create pe lângă unele din aceste spitale.

Cercetările şi referinţele familiare şi sociale făcute cu concursul întregului personal sanitar, pot constitui importante date la întocmirea statisticilor şi la luarea măsurilor.

Sfaturile acelor competinţi trebuesc luate în considerare dacă se doreşte cu adevărat pe de o parte înlăturarea unora din mizeriile aduse de imperfecţiunea creerului nostru, iar pe de alta o progresivă perfecţinue a acestui creer.

Spitalul Public Sibiu
Serviciul Chirurgical. Medic Primar, Docent Dr. O. Filipescu

Rezultatele operatorii în cancerul stomacal

De **Doc. Dr. Filipescu.**

Piatra fundamentală în terapeutica cancerului stomacal s'a pus n ziua de 29 l. 1881 de *Billroth* prin executarea primei rezecţiuni cu deplin succes. Această intervenţie a justificat complect tentativa de noi încercări cu nădejdea realizării unui prognostic mai favorabil în locul desorientării de până atunci. Problema cancerului se pune în anii următori cu seriozitate pe tapet în mai multe ţări; atât în ce priveşte depistarea cazurilor existente, cât şi sub raportul organizării unei lupte eficace pentru combaterea acestui flagel.

In acest scop se constitue societatea franco-anglo-americană la anul 1890 sub conducerea lui *Hartmann;* la fel se înfiinţează asociaţii în Germania şi Suedia, a căror statistici a contribuit mult la cunoaşterea problemei sub toate aspectele. Actualitatea acestei chestiuni a rămas până în zilele noastre; necesitând încă o organizare raţională mai ales pentru asigurarea unei colaborări armonioase între medicul practician şi doctorul curant; soluţie singură cu consecinţe salutare în interesul depistării cazurilor în faza de debut; fază decisivă în reuşita vindecării.

In terapeutica cancerului trebue generalizată acceptarea concepţiei, că această afecţiune este în stadiul iniţial o maladie locală şi astfel complect curabilă. Necesitatea scoaterii în evidenţă acestei împrejurări o găsesc în experienţa, că în rândurile practicienilor mai persistă pesimism relativ la posibilitatea vindecării definitive a acestei maladii. La noi în ţară încă s'au creat centre pentru tratarea acestor bolnavi şi a luat fiinţă o asociaţie contra cancerului sub conducerea unor marcante personalităţi în frunte cu Prof. Daniel.

Cel mai frecvent sediu al cancerului este stomacul, în special pilorul cu o treime a totalităţii cazurilor.

Rezultatele operatorii în cancerul stomacal nu sunt în funcţie numai de perfecţiunea tehnicei chirurgicale; ci mai mult depind de o serie întreagă de factori, cari se reliefează din analizarea problemei în general. Ne vom permite a schiţa sub acest raport frecvenţa, ereditatea, tabloul anatomo-patologic, simptomatologia şi procedeele operatorii.

După datele statistice ale anilor din urmă frecvenţa cancerului pare a fi luat în general o proporţie mai mare de apariţie. De acord

cu o serie de autori, credem şi noi, că această apariţiune îşi găseşte explicaţia în posibilităţile mai sigure de depistare a cazurilor existente prin mijloacele de investigaţie modernă, în intensificarea de propagandă pentru clarificarea marelui public şi după *Eiselsberg* şi *Th. Maklin (Londra)* în prelungirea mediei de durată a vieţii, ca urmare a igienei sociale generale ridicate pe o scară mai înaltă. Dar studiul acestor statistici mai permite constatarea, că tocmai în ţările, unde această apariţie se pronunţă cu proporţii mai mari, rezultatele operatorii sunt mai favorabile. De aici deducţiunea logică, că în aceste ţări numărul cazurilor necunoscute este mai mic, inoperabilitatea lor este redusă; rezultat al unei organizări de combatere eficace.

Pentru completarea părerilor asupra frecvenţei ţin să amintesc, că aceasta se aduce în legătură şi cu industrializarea vieţii, care ar forma un teren propice desvoltării acestei maladii. Cazuistica noastră se referă asupra 46 cazuri de cancer stomacal, făcute parte în serviciul pe care-l conduc, parte în alte instituţii. Dintre aceste cazuri, 36 sunt din mediul rural, cu ocupaţie exclusivă de agricultură. S'a căutat un nex cauzal între apariţia acestei afecţiuni şi constituţia solului; explicând raritatea acestei boli în Egipet cu bogăţia în săruri de magneziu a apei de beut; atari cercetări s'au făcut şi în unele regiuni ale Angliei, cu aceleaşi concluziuni.

Chirurgia ţărilor tropicale a dovedit, că la rasele primitive această boală este cu mult mai rară, graţie modului de viaţă mai naturală. La fel s'a verificat şi antagonismul existent între unele boli tropicale febrile şi cancer; întrucât variola neagră, sepsa, malaria ar avea o influenţă inhibitoare în apariţia lui *(Loefler, Goebel)*. Pe când în patogenia acestei maladii factorii endogeni sunt identici la toate rasele, cei exogeni variază după modul de viaţă, ocupaţie etc. Intre aceşti din urmă rolul de căpetenie revine *alcoolului, nicotinei* şi *infecţiunei luetice*, mai mult combinaţiei lor, întâlnite mai des la popoarele civilizate. Consultând datele cazuistice noastre le găsim în 56%. Am înregistrat aceste observaţii, fiindcă după părerea unor autori, acolo unde ele domină în patogenie s'ar forma cu predilecţie cancere cu caracter infiltrativ, care fac dificultăţi extirpării lor, dând rezultate operatorii mai rele.

Discuţiunile asupra eredităţii încă nu au dus la hotărâri definitive. Pare a exista o predispoziţie, constatându-se indubitabili existenţa unor familii cu apariţiune covârşitoare de îmbolnăviri de cancer. Această observaţie a determinat pe *Eiselsberg* de a nu consilia legarea unei căsătorii, când la ambele părţi s'a întâlnit în

linie ascendentă imediată cancer de aceeaşi formă ori cu localizare la organe identice; nu numai din consideraţiuni de profilaxie şi de malignitate, ci şi din cauze de dificultate în tratamentul operator.

Dar rezultatele operatorii în cancerul stomacal impun şi cunoaşterea exactă a tabloului anatomo-patologic şi sunt în strânsă legătură cu conformarea atitudinei chirurgicale acestei situaţii. Pentru distingerea cazurilor noastre sub acest aspect am adoptat împărţirea preconizată de *Pauchet;* anume în două mari grupe, în formă vegetativă şi formă infiltrativă. Părerile noastre încă conclud, că formele polipoase, circumscrise sunt preferabile din punct de vedere tehnic; celor infiltrative schiroase, permiţând prin delimitarea lor netă ablaţiune radicală până în peretele sănătos cu mai multă facilitate. Partea principală în perspectiva rezultatelor îl au ganglionii limfatici regionali. Dela întinderea infiltraţiilor şi mai ales dela exactitatea extirpărilor radicale sunt în funcţie rezultatele operatorii tardive. Chirurgul, care va nesocoti importanţa punerii în practică acestui postulat, va înregistra numai insuccese în domeniul acestei terapeutici. In topografia anatomică acestor ganglioni limfatici *Cuneo* şi *Delamare*, disting trei regiuni. Imi voiu permite a le schiţa.

Prima regiune cuprinde întreaga mica curbură, precum şi faţa anterioară şi posterioară a stomacului; nu interesează pilorul, o fâşie îngustă dealungul curburei mari şi în mare parte fundul stomacului. Centrul acestei zone sunt ganglionii aşezaţi dealungul arterei gastrice stângi, până la originea ei din trunchiul coeliac şi pe cardie. Aparţine regiunei a doua curbură mare, de unde se evacuează căile limfatice în ganglionii ligamentului gastro-colic, dealungul arterei coronariei stângi şi către ganglionii situaţi pe marginea superioară a pancreasului. Regiunea a treia interesează ganglionii fundului stomacal, care este foarte rar sediul cancerului. Căile limfatice acestei zone se revarsă în ganglionii lienali.

Pentru a obţinea un rezultat tardiv bun trebue neapărat a menţiona şi constatarea valoroasă a lui *Jamieson, Dobson* şi *Groves*, cari au dovedit, că aceste regiuni limfatice nu posed numai anastomoze bogate între ele şi că mai ales căile limfatice de pe marea curbură au legături întinse cu marele epiploon; de aici deziderateul extirpării şi a marelui epiploon în interesul asigurării unei vindecări durabile. Din 12 rezecţiuni întinse, pe care am avut ocazie a le face, numai graţie adoptării acestei atitudini radicale, în patru cazuri am obţinut vindecări până la patru ani indemne de recidivă.

Consideraţiile de până acum s'au referit numai asupra cancerelor stomacale primitive; însă intervenţiunile chirurgicale interesează şi ulcero-cancerul, care pe lângă cele menţionate prezintă încă unele particularităţi distincte cu repercusiune şi asupra rezultatelor operatorii. Teoria lui *Aschoff* despre raritatea degenerării maligne a ulcerelor, după experienţele concludente ale anilor din urmă, s'a dovedit a fi complet fără temei. In sprijinul acestei aserţiuni vin datele publicate din peana unor ilustrii reprezentanţi ai chirurgiei moderne. Astfel *Mayo* constată, că 70% din totalul cancerelor stomacale sunt de origine ulceroase, *Pauchet* indică 80%, *Deaver* 35%, *Moynihan* 27,8%, *Ochsner* 96%, *Finsterer* 20%. Acest din urmă autor bazat pe examinări histologice a ajuns la concluzia, că degenerările aceste maligne iau în majoritate caracter infiltrativ. Privită problema ulcero-cancerului sub prizma rezultatelor operatorii ajungem la constatări mai nefavorabile, decât în cancerul primitiv. Aceasta din motivul, că nefiind toate atari taxate, cu toată rezecţiunea practicată, intervenţia chirurgicală nu se estinde cu rigoarea necesară şi asupra aparatului limfatic, de aici apariţia precoce a recidivelor; la aceasta mai cade în balanţă şi constatarea lui *Finisterer* asupra malignităţii lor. Ameliorarea rezultatelor în ulcero-cancer se poate obţinea prin tratamentul chirurgical cât mai timpuriu şi al ulcerului; în deosebi în a căror antecedenţe colaterale s'a constatat cazuri de ulcer situate pe mica curbură, care au tendinţă de degenerare predilectă.

Parte integrantă din tabloul anatomo-patologic al cancerului stomacal fac şi metastazele la distanţă, cum sunt şi ganglionii în fosa supraclaviculară stângă a lui *Troissier*. Prezenţa lor numai în baza unei biopsii poate forma o contraindicaţie; întrucât *Finsterer* a arătat că, infiltraţia lor este uneori şi de caracter cronic inflamator (t. b. c.).

Necesitatea colaborării medico-chirurgicale pentru ameliorarea rezultatelor operatorii am accentuat-o. Contribuţia pozitivă a medicului practician depinde dela justa apreciere a tabloului clinic şi mai ales la recunoaşterea simptomelor iniţiale. Este notoric, că această maladie se manifestă prin unele simptome iniţiale vagi, ca sensaţie de greutate, inapetenţă şi slăbire. Apariţia durerii, vărsăturilor şi a tumorii sunt manifestaţiuni clinice destul de tardive; până la prezenţa lor bolnavul a pierdut timpul cel mai preţios pentru realizarea unui tratament chirurgical cu efect durabil. De aici postulatul, că chiar şi în cazul existenţii unei presumţii de cancer stomacal este complect justificat practicarea întregului arsenal de

mijloace de investigaţie pentru elucidarea diagnosticului, cum sunt radioscopia, radiografia, examinarea fecalelor şi chimismului stomacal. Cu ajutorul acestora în aproape totalitatea cazurilor se va putea preciza diagnosticul; pentru cazurile dubioase expectaţia este condamnabilă, laparatomia exploratoare este cu desăvârşire îndreptăţită. Este de notat, că în faza iniţială cancerul stomacal se manifestă în imaginea radiologică numai prin unele iregularităţi de contracţie; observarea lor presupune un ochiu radiologic cu experienţă. Cu atât mai valoros este sângele ocult în fecalii verificat prin repetate examinări; pe de altă parte prezenţa acidului clorhidric liber nu exclude diagnosticul de cancer stomacal chiar şi la indivizi mai tineri. In cazurile noastre am putut stabili diagnosticul în toate singur din analizarea tabloului clinic şi radioscopie. Căutarea ajutorului chirurgical atât de târziu o găsesc în opunerea ce o întâmpină medicii practicieni în propunerea complectării examinărilor necesare, tocmai în urma pătrunderii insuficiente în opinia publică a concepţiei adevărate despre desvoltarea cancerului.

Procentul inoperabilităţii în cazurile noastre se urcă la 51%. De altfel această proporţie a inoperabilităţii o întâlnim şi în alte ţări, ca Austria. *Eiselsberg, Finsterer* la fel o fixează la 49%. Media duratei vieţii în cancerul inoperabil dela apariţia primelor simptome este după cercetările noastre 28 luni, inclusiv ulcero-cancerul.

Că rezultatele operatorii stau în legătură şi cu vârsta, starea generală, cu aparatul circulator, metoda de anestezie şi cu întinderea rezecţiunei numai asupra stomacului sau şi a altor organe învecinate este deobşte cunoscut, dar că ele depind si de unele stări locale în nex cauzal cu chimismul stomacal a arătat cu mai multă stăruinţă *König* şi *Tatebayanski. Schönbauer* din Viena a constatat, că jumătate din cazurile mortale după intervenţiuni de cancer stomacal au sucombat în peritonite, pe când în rezecţiunile după ulcer stomacal peritonitele sunt o raritate. Experimentări pe animale *(Bruner)* au dovedit demult, că aceste relaţiuni sunt consecinţe ale stării de anaciditate sau hyperaciditate stomacală, cu condiţii variate pentru creşterea florei bacteriene. După constatările lui *Meyeringh* şi *Löhr* în cancerul stomacal anacid, această floră este plină de agenţi patogeni, foarte virulenţi; pe când ulcerul stomacal hyperacid este din punct de vedere bacteriologic apatogen, numai rareori întâlnim coli; de aici variaţia în posibilitatea de infecţiune locală. Dar examinările chimismului au dovedit destul de frecvent prezenţa aciditătii şi în cancerul stomacal, care aciditate s'a dovedit cu repercusiune asupra rezultatelor operatorii. Astfel după statistica lui

Seifert, numărul peritonitelor în stomacul canceros anacid este dublu; faţă de cel cu aciditate. Ca urmare este pe deplin justificată concluzia, că examinările chimismului stomacal nu sunt numai un criteriu de apreciere în stabilire diagnosticului; ci mai mult sunt un indicator valoros pentru prognosticul operator.

Rezecţiunea este singura terapie raţională în cancerul stomacal, indicată în toate cazurile cu şansă de reuşită.

Limitele operabilităţii variază după autor. Frecvenţa rezecţiunei se cifrează la Clinica din Breslau la 24,06%, *Mayo* publică o operabilitate a cazurilor de 32,3%, *în cazuistica noastră a fost de 22,96%*. Aceste deosebiri reflectează proporţia de întindere a cancerului în momentul intrării în spital şi totodată cad în balanţa de apreciere a stadiului, în care se găseşte organizarea combaterii acestei maladii.

Deosebirile în rezultatele operatorii pun pe tapet şi discuţia problemei contraindicaţiilor. Gravitatea acestei maladii reclamă în mod imperios limitarea lor la maximumul posibil. Punctul de vedere radical al lui *Gussenbauer* găseşte aici o deplină justificare. *Cine reuşeşte a vindeca din 10 bolnavi crezuţi insalvabili unul a prestat mult.* Contraindicaţiile rezecţiunii sunt metastazele hepatice cu icter, metastazele peritoniale şi la distanţă, vârsta prea înaintată, anemia secundară gravă; deşi aceasta a pierdut mult din importanţă prin transfuzia de sânge, pe care noi căutăm să o aplicăm în toate rezecţiunile. Cachecsia înaintată cu slăbirea generală poate aduce în discuţie rezecţiunea în 2 timpi, atunci, când ea este consecinţa unui cancer cu sediu piloric stenozant. Inconvenientele ei sunt, că bolnavii după aplicarea gastroenteroanastomozei de obicei se reculeg şi ulterior nu-şi dau asentimentul pentru o nouă intervenţiune numai după alte suferinţi, când aproape întotdeauna cancerul a invadat şi gura anastomică şi inoperabilitatea cazului este absolută, Experienţe rele am făcut şi noi cu această procedură. *Crille* din America este un animat apărător al acestui procedeu, însă acolo concepţiunea despre posibilitatea de vindecare a cancerului a pătruns mai adânc în opinia publică şi însuşi comunicarea diagnosticului bolnavului este mai accesibilă, fără a-l duce la completă desnădejde.

Pătrunderea cancerului în pancreas o consideră o serie întreagă de autori o contraindicaţie a tratamentului chirurgical. In orice caz, chirurgii care îl practică pe o scară mai întinsă înregistrează o mortalitate covârşitoare prin pancreatitele consecutive. Cu mult mai accesibil rezecţiunei este întinderea cancerului şi asupra colonului,

când pe lângă toată prelungirea actului operator şi înmulţirea posibilităţilor de infecţiune locală, rezultatele operaţiunei sunt mai favorabile.

In general stabilirea inoperabilităţii este de competenţa chirurgului, cât posibil prin laparatomie şi nu este deloc un apanaj al radiologiei.

Studiul rezultatelor operatorii imediate al rezecţiunilor sub raportul anesteziilor practicate încă permite importante constatări. In trecut se executau şi rezecţiunile în narcoză cu cloroform, dar contribuţia lui însemnată la creşterea mortalităţii a fost curând verificată; azi doară în *Rusia* se practică încă pe o scară mai întinsă. Nici narcoza cu eter nu a reuşit a reduce esenţial această mortalitate. Cu atât mai salutare au fost efectele anesteziei locale cu novocaină. Noi o practicăm de mulţi ani în toate intervenţiunile asupra stomacului cu deplină satisfacţie, fie numai sub formă de anestezie mezenterială, sau splachnică. Bolnavii o suportă bine şi pune mai ales pe bătrâni la adăpost de complicaţii pulmonare. Este precedată de administrarea unei injecţii de pantopon 0,02 sau a unei doze slabe de scopolamină-eucodal-ephetonină 3/4 de oră înaintea operaţiei. *Pauchet* şi *Olivier* la fel sunt aderenţii anesteziei locale şi au evidenţiat avantajele ei. Acest din urmă autor publică o mortalitate de 25% înaintea practicărei anesteziei locale; iar după punerea ei în aplicare pe 18 cazuri nu înregistrază nici un mort. Dintre autorii germani *Finsterer* şi *Haberere* demult fac apologia acestei anestezii, la fel *Taniyuchi* în Japonia, la noi în ţară Prof. *Jacobovici*.

Procedeele operatorii fără îndoială au un rol bine determinat în influenţa asupra rezultatelor operatorii. In ulcerul stomacal suntem de convingerea, că rezecţiunea termino-terminală *Billroth I.* asigură cea mai bună funcţionare a stomacului; fiindcă ea reconstitue mai mult situaţia anatomică. In cancerul stomacal însă, unde ablaţiunea cât mai întinsă până în perete sănătos este un deziderat principal; acest procedeu duce inevitabil la tensiunea pereţilor cu dehiscenţa suturilor a cincea până a opta zi şi fistulizare. Aceste consideraţiuni ne-a determinat a-l abandona complect. Procedeul *Billroth II.* original încă nu este utilizabil după părerea noastră, numai în cazurile, unde stomacul este păstrat pe o întindere destul de mare; altfe riscăm, ca unghiul inferior al bontului stomacal să se invagineze în gura anastomică de pe marea curbură şi să o astupe uneori numai temporar, determinând vărsături postoperatorii. Rămâne reconstituirea latero-laterală, procedeul *Reichel*, ca cel mai avantajos sau după cum este numit de şcoala germană *Billroth II.* Complicaţia cea

mai periculoasă a acestui procedeu poate fi umplerea retrogradă a bontului duodenal, cu fistulizare eventual peritonită sau moarte prin inaniție.

Asigurarea cea mai bună față de aceste complicații ne-o oferă închiderea bontului duodenal după procedeul *Jacobovici*, care mai are pe lângă aceasta și avantajul execuției extrem de rapide. *Dar o tehnică a noastră de fixare a anzei duodeno-jejunale în unghiul superior al bontului stomacal încă aduce o contribuție în plus. Anume: noi luăm anza duodeno-jejunală cu 2 cm. mai lungă decât este întinderea exactă a gurei anastomice după Reichel Acest plus al anzei îl trecem deasupra unghiului superior al bontului stomacal; așa încât prin sutura suprafețelor cari se ating, acoperim mica curbură sau cardia. Astfel se produce la acest nivel o ușoară cudură a anzei, care servește de barieră a fluxului stomacal în anza aferentă duodenală; însă nu împiedică deloc scurgerea bilei în stomac. Chiar și în cazul deplasării liniei de rezecțiune a stomacului spre orizontală, această cudură este la fel obstacolul umplerei retrograde duodenale. Grație acestei tehnici în toate cazurile noastre ne-am pus la adăpostul acestor inconveniente.*

O mențiune merită și gastro-entero-anastomoza. Ea este indicată numai în cazurile stomacale inoperabile cu stenoză pilorică în urma localizării cancerului la acest nivel. Este de preferit după experiențele noastre cea anterioară cu anastomoza după *Braun*. Intinderea cancerului pe fața posterioară poate astupa repede gura anastomotică, determinând instalarea unui tablou clinic similar ocluziilor superioare.

Rezultatele operatorii în cancerul stomacal se apreciază din două puncte de vedere: sub raportul vindecărilor imediate și tardive. Factorii, cari le determină reies din cele discutate. Nizuința spre care tinde lumea chirurgicală în zilele noastre este ameliorarea rezultatelor tardive. Creșterea numărului lor este posibilă, nu atât prin perfecționarea tehnicei chirurgicale și întinderea tratamentului operator asupra unui număr cât mai mare de bolnavi, ci prin diagnosticul precoce cu rezecție consecutivă. Intensificarea organizației pentru combaterea cancerului este o necesitate, cu problema de căpetenie de a supune cazurile în faza de debut tratamentului chirurgical, soluție singură cu folos real pe acest teren.

Bibliografie

Aschoff, Zbl Path 1925, Deaver, l. amer. med. ass, 85, 1925, Eiselsberg, Wien med. Wochr. 1925. Finsterer, Archiv. Chirurg. 1930. Göbel Zbl. Chirurg 1910. Haberer, Grenzgeb. Med. u. Chir, 3, 1919. Iamieson a. Dobson lancet 1917. Körte, Zbl. Chir. 1925. Mayo, Ch. Ar. Surr. 70, 1919. Olivier, Presse med. 1921. Pauchet, Ulceres de l'estomac 1929. Ranzi, Wien Klin. Wochr 1930. Schönbauer, Wien Klin. Wochr 1916. Taniyuchi Ref. Zbl. 1925. Urban, Archiv. Chir. 1926, etc.

Pericardita cu exudat ca singura manifestare în cursul boalei reumatismale

De

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. C. Manta.

Complicaţiunile cardiace în boala reumatismală considerate ca atare până de curând, se dovedesc azi, ca făcând parte integrantă din tabloul clinic al boalei. Legile stabilite de *Bouillaud* trec în domeniul istoriei. Formele clinice cele mai variate caracterizează boala şi surprinderea unui organ, care la rândul lui domineză tabloul clinic, face ca diagnosticul să fie mai dificil.

Acest fapt ne-a determinat să descriem forma clinică a boalei reumatismale, — pericarditata cu exudat ca singura manifestare, — în cursul evoluţiei ei.

Observaţia: Maniţiu Ion, 43 ani, agricultor, Cârţa Jud. Făgăraş.

Antecedente: n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă şi venerică; e de notat absenţa oricărei manifestaţiuni reumatismale.

Istoricul boalei actuale: boala actuală datează de o săptămână, instalându-se cu o sensaţie de opresiune în regiunea cardiacă şi uşoară dispnee la efort. De 4 zile dispneia se accentuiază, având o sensaţie de sufocaţie cu dureri în regiunea precordială şi cu iradiere în spre braţul stâng. E silit să stee în ortopnee şi aplecat cu toracele pe genunchi.

In starea aceasta bolnavul intră în ziua de 31 V. 1932 în spitalul public din Sibiu.

La examenul obiectiv se constată o cianoză foarte exprimată a buzelor, a feţei şi turgescenţa foarte exprimată a venelor jugulare. Faţa bolnavului exprimă o anxietate profundă.

Bolnavul e de constituţie robustă, ţăsutul celular subcutanat bine păstrat; din partea musculaturei şi a scheletului nimic de remarcat. Sistemul ganglionar normal.

Sistemul nervos: sensoriul clar. Pupilele egale centrale rotunde cu reflexele normale. Reflexele tendinoase se produc normal.

Aparatul respirator: Toracele de configuraţiune normală, bine desvoltat, cu amplitudinile respiratorii normale. La percuţiunea toracică se remarcă o submatitate la baza pulmonară stângă cu respiraţiunea puţin diminuată, în rest murmur vezicular obişnuit. Mişcările diafragmelor normale.

Aparatul circulator: regiunea precordială nu bombează. Şocul apexian nu se percepe, fixat prin ascultaţie e situat înăuntru mati-

tăţii precordiale, care este mărită în ambele diametre, luând aspectul clasic al matităţii pericardicei cu exudat. La ascultaţie sgomotele cardiace abia perceptibile.

Examenul la ecran arătă o augmentare globală a umbrei cardio-pericardice şi o abolire a bătăilor cardiace.

Tensiunea arterială 12—8 Vaquez — Laubry.

Pulsul 120, bine bătut şi ritmic.

Din partea aparatului digestiv, ficatului şi aparatului renal nu se constată nimic patologic.

Urina, galbenă, clară, reacţiunea acigă. Albumină, puroi, zahăr negativ şi în sediment absenţa elementelor patologice.

Temperatura 38·5. Reacţiunea Wassermann în sânge negativă.

Tratament: Se institue de urgenţă Salycilatul de sodiu în doze de 8 gr. combinat cu bicarbonat de sodiu doză dublă şi injecţii de cardio-tonice.

* * *

Inainte de-a intra în discuţia cazului înşirăm câteva din manifestaţiunile mai importante a boalei reumatismale asupra aparatului circulator.

Endocardita este obişnuită sub formă vegetantă neulceroasă de preferinţă asupra valvulei mitrale cu sechelele tardive cunoscute. *Delcour* în serviciul lui Langeron (Lille) în teza sa descrie forma malignă a boalei, amintind tabloul endocarditei infecţioase, obţinând rezultate bune prin tratamentul salicilic.

Miocardita şi pericardita sunt cu mult mai frequente decât apar în diferitele statistici (Barbier).

Noţiunea de *pancardită reumatismală* e obişnuită azi în limbajul clinic, denotând convingerea definitivă, că afectarea în cursul boalei a endocardului, pericardului şi miocardului este foarte frequentă.

Pricardita este mai des seacă şi cu consecinţele tardive de simfiză. Pericardita cu lichid constitue un pericol imediat determinând un acces pseudo-anginos sau chiar moartea. O caracteristică foarte importantă este apariţia foarte rapidă a revărsatului pericardic. Lichidul este întotdeauna sero-fibrinos şi apare cu alte localizări reumatismale, ceiace uşurează mult diagnosticul. Formele grave de pericardite se observă în visceralizările multiple ale boalei, ca pleuro-pneumonii, nefrite şi mediastinite.

Cazul pe care îl descriem se pare foarte banal: o pericardită cu simptomele fizice obişnuite şi cu exudat. Dificultatea în faţa căreia am fost puşi şi pe care vrem s'o relevăm constă în stabilirea *diagnosticului etiologic*. Pericardita apare de obiceiu cu alte localizări

reumatismale ca arteopatii, pleurezie sau la bolnavii cari au avut în antecedentele lor asemenea manifestaţiuni. In cazul nostru e de notat absenţa în antecedentele bolnavului a oricăror manifestaţiuni dureroase articulare, cu toate că a făcut 4 ani de războiu, şi-a dus o viaţă foarte laborioasă.

In faţa acestei situaţii, în stabilirea diagnosticului diferenţial, am ţinut cont în primul rând de pericardita tuberculoasă. Lipsa oricărui simptom bacilar atât în antecedente, cât şi la examenul clinic, ne-a făcut să abandonăm acest diagnostic, iar absenţa în antecedenţe a unei pneumonii sau boli eruptive, făcea să le trecem numai în discuţie, tot aşa şi pericardita brightică prin lipsa simptoamelor renale s'a eliminat dela sine.

Având aceste argumente de ordin clinic şi prin faptul că boala reumatismală poate prezenta tabloul clinic cel mai variat şi absenţa arteopatiilor sau altor visceralizări, nu poate justifica absenţa boalei, ne-a făcut să aplicăm *proba terapeutică*, administrând salicilatul de sodiu în doze masive după metoda Profesorului *Danielopol*. Deşi bolnavul prezinta simptome de dispnee pronunţată, am amânat punţica pericardică şi spre surprinderea noastră, în curs de 4 zile, febra a scăzut şi exudatul s'a resorbit complect. Administrarea salicilatului de sodiu ne-a clarificat diagnosticul şi bolnavul revăzut după un an şi jumătate se afla în cea mai perfectă stare de sănătate. Din partea aparatului circulator nu s'a observat nici o consecinţă a boalei.

In concluzie vrem să demonstrăm că pericardita reumatismală poate să apară singură, fără alte manifestaţiuni reumatismale şi dacă se administrează salicilatul de sodiu în doze suficiente în asemenea cazuri, pot fi evitate punctiile pericardice şi complicaţiunile obişnuite în această boală.

Infecţia Colibacilară şi Graviditatea*)

De

Dr. Horaţiu Tănăsescu

Medic Primar al Secţiei Obstetricale din Sibiu

In prezenta comunicare, eu îmi propun de a expune, în faţa Domniilor-Voastre, din punct de vedere clinic şi bacteriologic, rapoartele cari există între infecţia colibacilară şi graviditatea.

Infecţia colibacilară este infecţia organismului cu bacterium coli, denumit şi colibacil.

*) Comunicare făcută la „Soc. Medicală" din Sibiu, Ianuarie 1933.

Colibacilii trăesc în intestin, alături de alți microbi, ca oaspeți inofensivi; — pot însă, uneori, a străbate mucoasa intestinului, — și în repetate rânduri, — pătrunzând în sânge și dând loc la colibacilemie, cu punct de plecare intestinal.

Această colibacilemie intermitentă și trecătoare, poate a se reînoi tot mereu și a da loc la infecția colibacilară cronică, — denumită și *colibaciloză*.

Dar nicidecum colibaciloza în sine, nu este aceia care m'a determinat să fac această comunicare; colibaciloza nu face de loc parte din domeniul meu de studii și specialitate, — de aceea eu nu voiu insista decât pe laturea sa obstetricală, adică pe acea parte a colibacilozei, care atinge graviditatea.

Ca obstetrician, eu am fost frapat de nenumărate ori de abondența cu adevărat excesivă a cazurilor de graviditate, complicate de turburări digestive și adeseori și de turburări urinare, — ceeace m'a făcut să mă gândesc, dacă nu ar fi vorba de coexistența îndeosebi frecventă a *syndromului entero-reno-vezical*, descris de HEITZ-BOYER cu graviditatea, — și deci această coexistență a numitului syndrom cu graviditatea să poată fi încorporate, în denumirea, — printr'o prealabilă lărgire a sferei noțiunei lui COLANERI, — de *syndromul entero-uro-genital*.

Colibacilul a fost izolat din materiile fecale, de către ESCHERICH, în 1892;

— a fost izolat din urină, de către CLADO, în 1894;

— a fost apoi invocat drept cauză a infecției urinare pe cale descendentă, de către ALBARRAN, în 1894;

Americanul ADAMI, în 1899, semnalează bacteriemia derivată din intestin, ca foarte frecventă.

Intr'adevăr, BOUCHARD și METCHNIKOFF, admiteau mai de mult, că numeroase turburări morbide au origină degistivă, incriminându-se însă auto-intoxicațiunea, — adică, rezorbția la nivelul mucoasei a otrăvurilor fie alimentare, fie microbiene.

Colibacilul a fost descoperit în sânge, — în cazuri de septicemie cu colibacil, — de către ACHARD și RENAULT, în 1900;

— a fost atribuit infecției în pyelonephrita gravidică, de către REBLAUD, — în urmă de către BAR și CATHALA, după 1900; — BAR a susținut, că colibacilul sosește la rinichi pe cale sanghină, dând pyelonephrita gravidică, — și că acest mod de invazie, ar fi special stărei de graviditate.

NAUNYN, GILBERT şi elevii săi, au arătat rolul colibacilului în patologia afecţiunilor ficatului şi veziculei biliare, invocându-se infecţia ascendentă.

Urologii cunosc colibaciluria, pe care ei o întâlnesc foarte des la femee, — dar fiindcă nu se acompaniază întotdeauna de turburări urinare marcate, ei o consideră ca un fenomen banal şi fără interes; — ei susţin că aceasta este o consecinţă a prezenţei obişnuite a acestui germene la nivelul regiunei ano-genitale, — cât şi ca o consecinţă a aptitudinei colibacilului de a se urca prin uretră.

HETZ-BOYER, în 1915, proclamă rolul preponderant în patogenia infecţiunilor banale ale arborelui urinar, pe cale descendentă, prin germenii intestinali, cari trec în curentul sanghin, cu ocazia unei septicemii, rămasă de obiceiu latentă; colibacilul provoacă deci colibaciloza care are la origină aproape constant, turburările digestive, descriindu se astfel *syndromul entero-renal* în 1920, — fapt admis şi în *Congresul de Urologie*, dela Madrid din 1930.

DESGEORGES, în 1932, bazat pe cercetările sale din ultimii zece ani, susţine că colibacilemia, — cât şi auto-infecţia cronică prin colibacilul intestinal sau colibaciloza, — reprezintă o veritabilă entitate morbidă, care poate atinge diferite organe, dând loc la turburări variate.

Etiologie şi Patogenie

Actualmente, mecanismul infecţiei colibacilare se poate rezuma astfel:

Colibacilul este un germene saprofit; oaspe obişnuit al intestinului; sediul său de predilecţie este colonul drept (mai multe miliarde de germeni pe mmc.), traversează mucoasa intestinală, ajungând în sânge, dând septicemia colibacilară, microbii sunt apoi eliminaţi prin rinichi (circuitul entero-renal), eliminarea se face apoi prin urină.

In ceeace priveşte cauzele favorizante infecţiei colibacilare se pot rezuma: flora microbiană intestinală, din saprofită devine patogenă, datorită paraziţilor (oxyuri, tricocefali, ascarizi, — ascaridoza frecventă la femee); descuamarea brutală a peretelui intestinal (printr'o purgaţie violentă); staza intestinală cronică, (tiflitele şi colitele); staza colică dreaptă, care are răsunet asupra ileonului, prin mucoasa căruia pot străbate germenii mai uşor.

Seria de cauze care provoacă staza: regimuri defectoase, îndoituri, aderenţe intestinale, bride colice, megacolon drept, sedentaritate, ptoza abdominală, iar toate acestea agravate prin starea de graviditate.

Colibacilul străbate mucoasa intestinală, pătrunde în limfatice, — apoi în canalul toracic, şi de aci în marea circulaţie.

Dacă ar urma vena portă spre ficat, — atunci rar ar ajunge la căile urinare; — colibacilul însă, atinge ficatul prin artera hepatică, iar rinichii prin arterele renale.

Colibacilii, parte sunt distruşi, — şi parte sunt eliminaţi simultan prin ficat şi rinichi; — de aceea, infecţiunile biliare şi urinare sunt frecvente, — şi coexistând la acelaş individ.

Fixarea colibacilului pe celule căilor urinare, se explică astfel:

Urina este un excelent mediu de cultură — cu condiţia ca P. H. = 6,6 — 7,3 (normal P. H. = 5,8).

Este suficient să survină o leziune pe arborele urinar, pentruca să se producă infecţia colibacilară.

Izbucnirea şi perzistenţa infecţiei sunt favorizate de asociaţiunile microbiene (enterococ şi stafilococ); — deasemenea, alteraţiunile congenitale sau câştigate, ale căilor urinare, cari favorizează staza urinară (hydronephroza, strimtarea ureterului).

Infecţia ascendentă a căilor urinare este mai rară decât infecţia descendentă (sanghină), favorizată prin leziuni ale căilor urinare inferioare, sondaj septic, cystostomie.

Colibacilloza este de 3—4 ori mai frecventă la femee, decât la bărbat, din cauza ptozei abdominale, constipaţiei, vieţii sedentare, — şi în deosebi din cauza graviditătii.

Graviditatea este timpul în care iese îndeosebi, la iveală colibacilloza, — datorită faptului, că în acest timp se produce o reactivare a unor turburări digestive vechi latente, în urma compresiunei exercitată de uterul gravid asupra masei intestinale, cât şi din cauza diminuărei de rezistenţă a organismului, specifică acestei stări de graviditate.

Desvoltarea uterului dă loc la mai multe cauze predispozante:

1° Compresiunea intestinală favorizează staza intestinală cronică;

2° Compresiunea şi tracţiunea părţii inferioare a ureterului, cu dilatarea retrogradă, — de unde staza urinară şi obstacolul permanent la scurgerea urinei.

Infecţia colibacilară izbucneşte în a patra sau a cincia lună a sarcinei; — alteori, poate şi mai târziu; — iar alteori, poate izbucni chiar în primele zile ale lăuziei.

Izbucnirea infecţiei colibacilare în timpul graviditătii, dă loc la diferite forme clinice, — observându-se forme acute colibacilare, — forme subacute sau cronice, — colibacilloze, — forme localizate la diferite organe, ficat, rinichi (pyelonephrite) etc.

O treime din cazurile de colibaciloză gravidică, ajung la avort sau la facere prematură.

Este interesant faptul, că după avort şi facere prematură, boala se atenuiază sau dispare, — dar ea poate să recidiveze la fiecare nouă graviditate.

Izbucnirea infecţiei colibacilare după naştere, este mai gravă, decât în timpul graviditătţii.

Într'o lucrare asupra infecţiei puerperale,[1]) am susţinut îndeosebi, importanţa terenului în izbucnirea infecţiei.

Orice cauză care contribue la diminuarea acestei rezistenţe a organismului, favorizează infecţia.

Infecţia colibacilară contribue în raport cu forma şi gravitatea sa, la diminuarea rezistenţei organismului.

Terenul colibacilarelor se pretează la infecţia puerperală, observându-se adesea accese de colibacilemii, atât în timpul sarcinei, cât şi în timpul lăuziei, — atunci însă, când terenul colibacilarelor a fost expus la o asociaţie de microbi pe cale exogenă (streptococ, stafilococ, etc.) în urma unei intervenţii obstetricale septice, sau a unei plăgi perineale neglijate etc. — sau atunci când terenul colibacilarelor este expus la o asociaţie de microbi pe cale endogenă în urma existenţei unui focar septic în organism, o salpingită, o otită etc. — în asemenea cazuri se asistă la izbucnirea unei infecţii grave.

O proporţie foarte importantă de femei gravide plătesc tributul acestei infecţiuni colibacilare.

Aspecte clinice

Formele clinice sub care se prezintă infecţia colibacilară sunt aproape aceleaşi care se observă şi în afară de graviditate, fără a suferi modificări esenţiale, în ce priveşte symptomatologia.

Sunt două feluri de colibacilurii:

1⁰ Colibacilurie, infecţie la origină, pe cale sanghină, localizată a arborele urinar, — evoluând independent de orice colibacilemie;

— e permanentă, — abondentă, — acompaniată de pyurie, — întreţinută de prezenţa unui obstacol la scurgerea urinei;

— nu atinge starea generală, decât în cazul când coexistă şi o bacilemie, — sau când există un focar de retenţie şi resorbţie într'un punct al aparatului urinar.

2⁰ Colibacilurie, infecţie la origină, pe cale sanghină, cu eliminarea colibacilului prin rinichi, — evoluând în legătură cu colibacilemia;

[1]) *Dr. Horaţiu Tănăsescu.* Infecţia Puerperală. Cluj. Institutul de Arte Grafice „Ardealul", 1930.

— e intermitentă, — corespunde la descărcarea germenilor în sânge, — abondentă, însă depinzând de condiţiunile favorabile de înmulţire în mediul urinar;

— atinge starea generală, bacilocolie, hypercolesterinemie, etc.

Colibaciloza, din punct de vedere clinic, este o afecţiune polymorfă, — manifestându-se prin următoarele aspecte:

1° Syndromul infecţios general acut;

2° Syndromul infecţios general cronic;

3° Localizaţiuni;

1° **Syndromul infecţios general acut.** — Colibaciloza se instalează print'o fază acută:

Frisoane, — curbatură, — cefalee, — prostaţie, — febră până la 40°, iar după două trei zile, scade la 37°, şi apoi iar se repetă, — balonare abdominală, — turburări digestive, (anorexie, limba încărcată la centru şi roşie la margini, — diaree fetidă), — uneori artralgii, — urina turbure, întunecată, puţină albumină, bacteriurie, fără pyurie.

Hemocultura pozitivă 70% din cazuri (sângele recoltat în timpul ascensiunei termice), — obţinându-se un germene ciliat, mai mult sau mai puţin mobil, GRAM negativ, aparţinând la aceiaşi familie cu tificul şi paratificul, — făcând să vireze geloza lactozată.

Durata 8—20 zile, căzând din galop în pas, — trecând apoi în septicemie cronică, — sau infecţie urinară, — sau localizaţiuni viscerale (endocardită, pleurezie purulentă, etc.).

Această formă clinică se descoperă rar în graviditate.

2° **Syndromul infecţios general subacut sau cronic.** Colibaciloza se manifestă: cefalee, difuză, tenace (după mâncare şi mai ales seara), — vertigiu, — somnolenţă, — moleşeală, — turburări digestive (limba încărcată, răsuflarea fetidă, apetit diminuat), — constipaţie, iar uneori diaree falsă (materiile fecale sunt dure şi fetide, acoperite de mucus şi conţinând coli, — adesea fibre conjonctive şi musculare, care relevă slăbirea sucurilor de digestie), — febră 38°—38°5 şi mai mult, (fie dimineaţa, fie la 3—4 ore p. m., fie seara), — fioruri mici, — cefalee, — oboseală, — urina clară, rar unde întunecate (colibacil), bacteriurie discretă în apirexie şi considerabilă în febră mare, — când se acompaniază de pyurie.

Hemocultura rar pozitivă.

Durata lungă, — faze de acalmie, — faze de exagerarea turburărilor, — starea generală se alterează (astenie, slăbire, anemie, hypotensiune, melancolie, obsesie). Ajunge în cele din urmă la exagerarea unui simptom, creind forme speciale (forme febrile, — forme artralgice, — forme psyhastenice, etc.).

Această formă clinică se descoperă foarte des în graviditate.

3° **Localizaţiuni.** — a) *Pyelo-nephrita.* Aceasta este deobiceiu unilaterală, — dreaptă, — cu un debut brusc, prin semne infecţioase (frison, febră 40°, etc.).

Aceasta e forma caracteristică a graviditătii şi este explicabil, prin faptul că o colibaciloză veche este agravată de starea de graviditate.

După două — trei zile apar semnele de localizare urinară şi supuraţie (dureri lombare, unilaterale, pollakyurie, dysurie, urină turbure, care depune puroiu).

La examen se constată puncte dureroase elective renale şi ureterale (punctul costo-vertebral, — punctul costo-lombar, — punctul para-ombilical BAZI, — punctul supra-pubian), — o uşoară mărire a rinichiului bolnav.

Urina conţine leucocite alterate, — celule ale bazinetului, — celule ale rinichiului, — numeroşi microbi GRAM pozitivi.

Pyuria legată de bacteriurie, denotă infecţie focală.

După câteva zile de repaus, semnele infecţioase retrocedează însă urina conţine microbi.

Din timp în timp, reapare brusc durerea renală, — febra descrie o ascensiune bruscă, — iar în timp ce se clarifică urina, se precizează o tumefiere renală, care denotă retenţia pyelică.

Aceasta, după câteva zile, se evacuiază brusc, dând loc la o descărcare de urină purulentă, care aduce liniştea febrilă şi dispariţia semnelor locale.

Hematurii au fost observate. Colibaciloza poate fi cauza nefritelor hematurice cu albuminurie.

Hematuria ar fi produsă prin mecanismul următor:

— fie propagarea infecţiei şi intoxicaţiei pe calea vasculară, până la rinichi, unde ea determină fenomene congestive şi inflamatorii;

— fie prin fenomene de compresiune, de stază şi deasemenea congestie, până la hematurie.

Hematuria este uneori abondentă şi durabilă, dar în general ea este de intensitate mijlocie şi nu durează decât câteva zile.

Apariţia hematuriei coincide cu exacerbaţia turburărilor digestive şi instalarea turburărilor reno-vezicale.

Infecţia se însămânţează uneori în rinichi şi dă naşterea la abcese corticale sau la flegmon perynephretic.

Rar se întâmplă însă, ca funcţia nobilă a rinichiului să fie lezată, — şi colibaciloza să ajungă la nefrita parenchimantoasă cu edeme, albuminurie şi ridicarea ureei sanghine. Cu toate acestea, o atingere uşoară nu este excepţională.

Foarte adeseori, organul se vaccinează contra colibacilului şi nu întreţine după câteva luni, decât o bacteriurie, puţin importantă, — dar care persistă adesea ani;

b) *Cystita.* Aceasta este de obiceiu secondară unei pyelonephrite, — uneori este primitivă, — alte ori se grefează pe o cystită gonococică. Cystita se manifestă prin dysurie, — pollakiurie, — tenesm, — care caracterizează atingerea vezicală.

Urina este purulentă, — cu celule vezicale, — microbi;

c) *Uretrita.* Aceasta se grefează de obiceiu pe o uretrită gonococică, — dar poate fi şi primitivă.

Se manifestă printr'o scurgere seroasă, puţin dureroasă, dar tenace (durând chiar mai mulţi ani).

Consecinţele colibacilozei asupra anumitor organe. — a) *Forme entero-hepatice.* Colibacilul se elimină în parte, prin căile biliare (circuitul entero-hepatic). De asemenea şi aici, se poate fixa şi înmulţi în ficat sau în vezicula biliară, dând loc la angiocolită simplă, la hepatite, cu icter, la colecystite.

Un număr oarecare de ictere simple (icter catharae, icter infecţios benign) sunt datorite colibacilozei.

Colecystita colibacilară poate constitui faptul patologic primitiv, sau o complică o litiază veziculară.

Se manifestă îndeosebi printr'o congestie a ficatului (ficat mare şi sensibil, puseuri de congestie dureroasă, chiar fără a se abate dela regim).

Bacteriema derivată din intestin, determină:

1⁰ Mărimea colesterinei în sânge, — hypercolesterinemia;

2⁰ Iritaţia şi catharul litogen al veziculei, prin bacilocolia la care dă naştere.

Astfel se explică colelitiaza atât de frecventă la femee, unde starea de graviditate agravează colibaciloza;

b) *Forme vasculare.* Consecinţele asupra aparatului circulator se manifestă în primul rând prin hypotensiune. Această hypotensiune se acompaniază de turburări de circulaţie periferică: răceala obişnuită a picioarelor, amorţeala mâinilor, furnicăturile extremităţilor, sensaţia de deget mort.

Colibaciloza poate da loc de asemenea la flebite (varice, plus 90), palpitaţiuni;

c) *Forme nervoase.* Consecinţele asupra sistemului nervos constau din astenie, deprimare, melancolie, oboseală, iritabilitate, insomnie;

d) *Forme endocriniene.* Consecinţele asupra glandelor cu secreţie internă sunt foarte numeroase.

Glanda tyroidă este îndeosebi atinsă, observându-se fie fenomene de hypertyroidism, (emotivitate, nerăbdare, iritabilitate, palpitaţiuni, tahycardie, hypertensiune, migrenă), fie fenomene de hypotyroidism (obezitate, congestie cerebrală, indolenţă, apatie, etc.).

Glanda pituitară dă syndromul hypopituitar (oboseală, abatere, tendinţa la teamă, depresiune, apatie psihică, pierderea memoriei, greutatea de concentrare).

Alteraţiuni se observă de asemenea şi asupra celorlalte glande cu secreţie internă;

e) *Forme genitale.* Colibacilul se găseşte în secreţiuni uterine şi poate determina ulceraţiunile colului, şi chiar *abcese salpyngiene,* ceiace a făcut pe COLANERI să descrie *syndromul entero-uro-genital.*

Germenii pot de asemenea a determina inflamaţia ragiunei vulvare şi să dea loc la vulvite, vaginite, metrite, prurit vulvar etc.

Diferite alte complicaţiuni se pot observa în legătură cu alte organe, ca pulmonul, de ex. syndromul entero-pulmonar, sau forme oculare (conjunctivitele, iritele), etc.

Diagnosticul

1⁰ **Studiul clinic** contribue în bună parte la precizarea diagnosticului.

Simptomele clinice, cari dirijează diagnosticul sunt simptomele intestinale (constipaţie alternată de diaree), simptomele urinare, simptomele hepatice, simptomele nervoase sau generale.

Coexistenţa acceselor infecţioase repetate, cu urină turbure şi cu stază intestinală cronică, ne va face să ne gândim la colibaciloză.

2⁰ **Laboratorul** ne va confirma rezultatul obţinut prin examenul clinic:

Hemocultura, recoltând sânge în timpul ascensiunei termice şi fior;

— însămânţarea pe bulion de bou, timp de 24 ore;

— colibacilii se prezintă sub forma de bacili ciliaţi, GRAM negativi, făcând să fermenteze şi să vireze geloza lactozată, turnesolată, şi reducând roşul neutru şi neînegrind geloza;

— hemocultura e pozitivă în formele acute şi este aproape totdeauna negativă în celelalte forme subacute, cronice sau localizate.

Examenul sângelui ne arată o formulă banală de leucocitoză polinucleară.

Examenul urinei este însă cel mai important:

— urina este uneori clară şi conţine colibacili;

— urina este alteori turbure, care turburare nu dispare prin adaugarea de acid;

— urina, prin repaus, lasă un depozit la fundul vasului, iar în urina clarificată supra-jacentă, din vas, se observă, în urma agitărei vasului, unde întunecate, care corespund suspensiunilor microbiene;

— examenul cyto bacteriologic practicat pe urina, care a fost recoltată aseptic, în sediment, se constată elemente celulare, leucocite, celule ale bazinetului, celule ale vezicei, cilindri renali, forme bacilare (care prin însămânţare se obţin colonii şi prin identificare, se constată colibacilul).

Rezultatul examenului de urină va fi interpretat:

— o bacteriurie discretă nu înseamnă colibaciloză, fiindcă ea se observă 10% din indivizii normali;

— o bacteriurie masivă, înseamnă colibaciloză, mai ales dacă urina e de reacţie acidă puţin;

— o bacteriurie cu pyurie, dovedeşte cu siguranţă o infecţie a aparatului urinar.

Diagnosticul diferenţial se va face în modul următor:

1° In formele acute se va face diagnosticul diferenţial cu febra tifoidă şi paratyfoidă, paludism, melitococie, gripă, tuberculoză acută, endocarditele maligne.

2° In formele subacute şi cronice se va face diagnosticul diferenţial cu autointoxicaţia prin stază intestinală cronică, simplă, cu apendecita cronică, cu tuberculoza pulmonară.

3° In pyelo-nephrită se va diferenţia de tuberculoza renală, de pyelo-nephrita cu bacili tifici sau paratifici, de eminenţa unui avort, de cholecystită, de apendicită.

4° In cystite se va diferenţia de cystita gonococică, de cystita tuberculoasă.

5° In formele localizate, colibaciloza este o simplă descoperire de laborator.

Tratamentul

Tratamentul constă din o serie de măsuri dietetice, medicamentoase şi chirurgicale, necesitând adesea intervenţia diferiţilor medici specialişti, din care cauză expunerea sa este foarte complexă, pentru a încerca să o schematizăm în cadrul acestui studiu, în care ne-am propus a arăta numai rapoartele care există între infecţia colibacilară şi graviditatea.

Asociaţie sau Colegiu?

Corpul medical din ţară dispune azi de două organizaţiuni profesionale cu caracter general: Asociaţia Generală a Medicilor şi Colegiul Medicilor.

Asociaţia Generală, cu un trecut de peste 30 ani şi având un vast program de activitate, era până înainte cu trei ani singura organizaţie care se ocupa de interesele profesionale ale medicilor şi care a căutat să apere şi să promoveze aceste interese. Ea a reuşit să-şi înjghebeze filiale în toate judeţele din ţară şi să se impună ca unică reprezentantă legală a corpului medical, deşi în realitate o bună parte a medicilor nu făcea parte din Asociaţie. Dacă Asociaţia nu şi-a putut realiza integral programul său şi nu a putut răspunde satisfăcător aşteptărilor — uneori prea exagerate — ale corpului medical, aceasta se datoreşte în primul rând faptului regretabil că medicii, lipsiţi de sentimentul imperativ al unei solidarizări complecte, ei cei dintâi, nu i-au acordat întregul lor sprijin, iar în al doilea rând se datoreşte faptului că *Asociaţia neavând între membrii săi pe toţi medicii din ţară, nu putea avea nici tăria şi nici autoritatea necesară pentru a-şi putea impune întotdeauna punctul ei de vedere.* In afară de aceasta, activitatea Asociaţiei mai era anihilată şi din cauza unei lipse de continuitate în conducerea ei, ceiace făcea ca programul de activitate să se schimbe din an în an, după cum se schimbau şi comitetele de conducere.

In anii din urmă o parte din aceste inconveniente au dispărut şi Asociaţia a început să capete un aspect mai viu şi mai activ în toate problemele cari interesau profesiunea medicală, fără să fi izbutit însă, să poată răspunde aşteptărilor legitime ale corpului medical, aşteptări cari au evoluat şi ele cu schimbarea vremilor şi situaţiei profesiunei medicale.

Din aceste motive, o bună parte a corpului medical a salutat cu entuziasm înfiinţarea *Colegiului Medicilor,* organizaţie nouă, creiată prin Legea sanitară din 1930 şi care avea *prerogativa legală de a cuprinde în sânul său în mod obligator totalitatea medicilor din ţară.* Prin aceasta obligativitate se realiza un vechiu deziderat al corpului medical; greşala a fost însă că noul Colegiu a luat fiinţă *fără să se fi ţinut socoteală de existenţa vechei Asociaţiuni,* care a fost complet neglijată şi că dela început *i s'a imprimat acestei noui organizaţiuni un prea pronunţat caracter de organ exclusiv disciplinar şi poliţienesc.* De aici s'au născut serioase animozităţi şi chiar o vădită duşmănie între cele două organizaţiuni profesionale, cari

în loc de a se întregi şi a colabora în mod intim, se considerau ca rivale neîmpăcate. Rezultatul a fost cât se poate de dezastruos. Asociaţia şi-a pierdut cea mai mare parte din filialele sale judeţene abia înfiripate. Colegiul a fost redus la un simplu instrument disciplinar; ambele au fost anihilate şi stângenite în activitatea lor, iar în corpul medical s'a produs pe aceasta chestiune o confuzie regretabilă care — durere — mai dăinueşte şi azi.

După aceste antecedenţe, pe cari le socotim redate cu toată obiectivitatea, se pune în mod logic întrebarea: care este azi situaţia celor două organizaţiuni profesionale şi care dintre ele reprezintă cu adevărat nizuinţele şi aspiraţiile legitime ale corpului medical?!

Răspunsul se cuprinde în următoarele constatări, cari sunt conforme cu realitatea:

La centru activează Asociaţia, reînviată la o muncă laborioasă şi într'un ritm mai accelerat prin hărnicia şi talentul organizator al noului său preşedinte, iar *în provincie activează secţiile judeţene ale Colegiilor,* cari însă în cele mai multe părţi se ocupă aproape exclusiv cu chestiuni disciplinare, neglijând orice alte preocupări profesionale sau de organizare sanitară. Corpul medical este reprezentat prin ambele organizaţiuni, după cum este preferată una sau alta de către organele în drept, de cari depinde soarta medicilor sau după cum îşi ştie impune una sau cealaltă punctul său de vedere. Dacă aceasta întrebare s'ar pune corpului medical, răspunsul socotim că ar fi acelaşi: în capitală ar fi preferată Asociaţia, iar în provincie Colegiul.

Situaţia aceasta de rivalitate latentă între cele două organizaţiuni trebue să dispară, ea fiind într'o largă măsură dăunătoare unei evoluţiuni sănătoase a organizării noastre profesionale şi dând naştere, în mod fatal, la alte organizaţiuni, deci alte rivale, cum sunt spre exemplu *sindicatele medicale,* cari câştigă teren şi întunecă prestigiul şi autoritatea ambelor organizaţiuni profesionale consacrate.

Care ar putea fi deci remediul salvator?

*Este unul singur: **contopirea cât mai neîntârziată a celor două organizaţiuni profesionale,** Asociaţie şi Colegiu, într'una singură, care să rămână unica reprezentantă legală a **totalităţii** medicilor din ţară.* In aceasta contopire fiecare vine cu patrimoniul său: Asociaţia cu numele şi trecutul său de 30 de ani, cu averea sa şi cu vastul său program de activitate, iar Colegiul aduce prerogativele ce-i sunt asigurate prin lege şi organizaţiile sale judeţene. Astfel s'ar putea forma un organism puternic, sănătos, viabil şi în

stare de a munci nestângenit şi cu deplină autoritate pentru interesele corpului medical, dornic de a dispune, în fine de un apărător tare şi puternic, faţă de ori şi cine.

Şi încă ceva! Noua organizaţie, născută din contopirea celor două existente, nu-şi va putea îndeplini adevărata sa chemare, dacă se va ocupa şi pentru mai departe numai de chestiuni pur profesionale. Ca reprezentantă legală a întregului corp medical, ea trebue să contribue într'o largă măsură şi la *elaborarea proectelor de organizare sanitară;* ea va trebui să-şi însuşească un *ideal sanitar*, pentru realizarea căruia va trebui să lupte prin conducătorii săi, prin toţi membri săi şi prin întreaga autoritate pe care i-o dă, deplina solidaritate a întregului corp medical. Principiile de bază ale acestui ideal sanitar, trebue să facă parte din patrimoniul acestei organizaţii supreme a corpului medical, ele trebue să fie impuse printr'o acţiune comună şi solidară, în interesul unui progres natural şi atât de dorit în organizaţia noastră sanitară.

Numai cu aceasta întregire, programul de activitate al nouii organizaţii medicale va putea răspunde necesităţilor corpului medical şi imperativelor vremii în care trăim.

Am adus în discuţie, în mod sumar, aceasta problemă, pe care o considerăm de acută actualitate pentru corpul medical şi vom fi bucuroşi să înregistrăm şi opiniile altor colegi, cari sperăm că se vor exprima în aceasta chestiune.

Dr. I Stoichiţia.

Observaţii asupra raportului lunar Model 301

Medicii de circumscripţii sanitare rurale şi urbane întocmesc la sfârşitul fiecărei luni un număr considerabil de tabele statistice. Numărul lor exact e greu de stabilit, ele variază atât ca conţinut, cât şi ca număr dela judeţ la judeţ. Din acest motiv natural, nici serviciile sanitare judeţene nu procedează uniform la prelucrarea şi verificarea acestor tabele, unele reţin pentru arhiva lor un anumit număr din ele, altele le înaintează fie în original, fie în rezumat mai departe. Aceasta stare este rezultatul unui şir lung de ani de completă desinteresare de problemele statistice ale serviciului sanitar rural. Ministerul Sănătăţii sesizat de multele neajunsuri ce produce aceasta lipsă de metodă unitară — care face iluzorie orice încercare de raţionalizare a statisticei sanitare — a hotărât introducerea unui singur raport, cuprinzând toate elementele statistice împrăştiate

până acum într'atâtea tabele. Acest formular s'a introdus începând cu ziua de 1 Iulie 1933 pe întreg teritoriul Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi alte 8 judeţe, rămânând ca să fie studiat şi în baza observaţiilor de 6 luni să capete o formă definitivă şi o aplicaţie generală pe întreaga ţară, începând cu anul 1934.

Aceasta hotărâre a Ministerului Sănătăţii, de a sistematiza latura cea mai neglijată a serviciului nostru sanitar periferic, este fără îndoială un pas înainte spre reorganizarea şi perfecţionarea serviciului şi lasă să se întrevadă în viitorul apropiat soluţionarea crizei de credit de care suferă întregul nostru serviciu statistic. Nu mai amintesc de câştigul material ce rezultă din aceasta economie de imprimate azi când întregul mers al statului este bazat pe economii împinse la extrem.

In ceeace urmează, ne permitem a face unele observări de ordin general în legătură cu acest raport, rămânând ca mai târziu — dacă chestiunea va mai fi actuală, la aceea dată — să discutăm chestiunile de detaliu.

Un raport statistic trebue să întrunească două condiţii esenţiale şi anume:

a) din datele prezentate să se poată citi cu uşurinţă şi precizie întregul mers al serviciului;

b) datele raportate să fie controlabile.

Primul desiderat se referă la chestiunile de detaliu şi pentru acest motiv nu le discutăm aici. În cât priveşte controlul exactităţii datelor înşirate în raport, evident trebue să recurgem la acte complimentare, raportul prin sine neputând fi controlat, decât doar în anumite detalii aritmetice de adaugire sau substragere fără importanţă. Prin urmare concomitent cu stabilirea raportului statistic, trebue să stabilim şi acele acte (registre condici, etc.), în baza cărora se întocmeşte raportul lunar, cari înşiră zi de zi, caz de caz, toate amănuntele activităţii medicului şi amănuntele diferitelor probleme cu interes pentru noi. Dar să se evite greşeala să îngreunăm medicul cu prea mult lucru de birou, fixându-l excesiv la masa de birou.

Arhiva documentară s'ar compune din următoarele:

1. Cazierul sanitar comunal;
2. Registrul nominal de maladii sociale;
3. Registrul nominal de maladii infecţioase;
4. Registrul nominal de consultaţii;
5. Registrul nominal al vaccinaţilor şi revaccinaţilor;
6. Fişele medicale individuale pentru bolile sociale şi infecţioase.

La aceste se mai adaugă natural un registru al actelor intrate şi eşite împreună cu dosarul actelor.

Cazierul sanitar în forma sub care se găseşte azi trebue revizuit şi acest lucru se poate face cu atât mai uşor acum, deoarece cele vechi urmează să fie scoase din uz în anul acesta, fiind deja completate.

Propun ca noul cazier să cuprindă şi date referitor la mişcarea personalului medical şi sanitar auxiliar cu indicaţiile datelor de preluare a serviciului şi orice alte date în legătură cu mişcarea acestui personal. Rubrica „cauzele deceselor" trebue adusă în concordanţă cu noua repartizare a grupurilor de cauze din buletinul demografic al României.

Pentru unele judeţe cu populaţia mixtă prezintă importanţă ca datele demografice să fie trecute şi pe naţionalităţi — ceeace în modelul actual lipseşte.

Mişcarea numerică a bolnavilor de boli infecţioase trebue suprimată, în schimb în locul ei să se introducă un spaţiu suficient de mare pentru procesele verbale de inspecţiile sanitare comunle. In felul acesta s'ar suprima condica de inspecţii sanitare care adesea se pierde sau devine inutilizabilă din cauza descompletării ei prin ruperea sau pierderea de file. In schimb cazierul ar deveni mai complet.

Din moment ce cazierul sanitar are caracter pur local şi se completează din timp în timp cu datele adunate de medic *la faţa locului* se pare natural că el trebue păstrat la primăria comunei respective şi nu la domiciliul medicului. Păstrarea lui la comuna de reşedinţă a medicului împiedecă controlul activităţii medicului de către organele lui superioare în cazul când aceste inspecţii s'ar face în absenţa lui. Dacă s'ar ajunge la suprimarea condicei de inspecţii comunale în sensul propus mai sus, păstrarea cazierului la comuna de origine devine indispensabilă.

In registrele nominale de consultaţii să fie trecuţi toţi bolnavii asistaţi, indiferent dacă au fost trataţi gratuit sau nu. Nu văd raţiunea pentru ce ne mărginim a trece în raportul statistic numai cazurile de tratament gratuit — aşa cum se face până acum — şi să se treacă cu vederea peste un grup de bolnavi cari chiar dacă nu sunt trecuţi pe lista avizaţilor la asistenţă medicală gratuită, rămân în majoritatea cazurilor cu onorariu neplătit.

Registrul nominal pentru bolile sociale şi cel de maladii infecţioase sunt în fiinţă, cred în majoritatea judeţelor şi utilitatea lor s'a dovedit fără putinţă de a le suprima. Va fi nevoe la o nouă tipărire

BIBLIOTECA „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

a lor să se suprime unele rubrici — cari vor trece în fişa individuală — şi să se adauge altele cari azi lipsesc, dintre cari amintesc, doar cea cu privire la domiciliul (comuna) bolnavului. Din lipsa acestei rubrici, medicul nou venit în circumscripţie nu poate identifica bolnavul şi rezultatul e, că aceşti bolnavi trec ca cifre fictive an de an din raport în raport, fără putinţă de verificare.

Cu toate, că cazurile de maladii infecţioase şi sociale îşi au registrul lor special, totuşi se simte lipsa completării acestor registre cu fişe medicale individuale. Oricât de detailat ar fi registrul de înscriere nu e cu putinţă să trecem sub aceleaşi coloane toate cazurile din aceiaşi boală. Aceasta şablonizare este mult în detrimentul urmărirei mersului boalei. Registrul are doar menirea unui index, deci trebue să fie cât de simplu şi sumar. Fişa individuală din contră are un caracter mai explicit, mai personal, deci poate reda în toate amănuntele orice schimbare ce s'ar ivi în starea bolnavului. Dar fişa individuală mai are şi un alt avantaj. Ea este o adevărată foae de observaţii pentru medic şi este în acelaş timp actul justificativ pentru dânsul de felul cum se achită de îndatoririle faţă de problemele de această natură. Deci medicul va da mai multă atenţie acestor cazuri şi urmărirea lor se va face mai metodic.

Incă un amănunt. Presupunând că actele de birou înşirate mai sus, sunt ţinute în bună rânduială, completarea raportului lunar se poate face cu uşurinţă şi în scurt timp. Singurul lucru ce ar putea întârzia completarea lui ar fi aşteptarea raportului lunar al sorei de ocrotire, al moaşei, al agentului sanitar şi culegerea datelor, referitor la mişcarea populaţiei pentru completarea rubricei No. VI cu privire la asistenţa lehzelor şi noilor născuţi. Trimiterea la timp al raportului personalului sanitar auxiliar se poate reglementa fără greutate, în schimb produce în mod constant întârzieri culegerea datelor demografice pentru cari adesea medicul trebue să se deplaseze din comună în comună. Experienţa arată că datele demografice raportate de medici sunt cu extrem de puţine excepţii greşite şi foarte adesea mult diferite de cele reale. Din acest motiv se impune suprimarea acestei îndatoriri a medicului, rămânând ca rubricile respective să fie eliminate din raport, sau ceeace ar fi şi mai practic ele să fie completate la serviciul sanitar judeţean pe baza datelor exacte ale biroului statistic judeţean. In aceasta situaţie, medicul de circumscripţie ar putea înainta raportul până cel mai târziu în ziua a 5 a a lunei ce vine.

Termenul de înaintare a rapoartelor lunare sumarizate din partea serviciului sanitar judeţean, trebue să fie suficient de lung, pentru

a se putea face verificarea în parte a fiecărui raport şi pentru a se putea cere lămuriri în caz de nedumerire sau greşeli de completare.

Termenul ar fi ziua a 25-a a lunei următoare.

Spaţiul restrâns ce mi-a fost impus pentru expunerea de faţă nu mi-a îngăduit să ating decât numai în scurt şi numai unele din chestiunile ce privesc noul formular. Am crezut însă că înainte de a se discuta detaliile raportului nou se impune să stabilim precis actele cari formează baza raportului şi în acelaş timp şi materialul de control pentru exactitatea acestui act. Sper că articolul de faţă va deschide seria discuţiilor asupra diferitelor probleme ale organizaţiei noastre sanitare, mai ales acum când prin revista „Sibiul Medical" ni s'a pus la îndemână o revistă în al cărei program de muncă preocupările de această natură formează obiectul de bază.

Dr. I. Cosma,
medicul primar al judeţului Sibiu.

Apel către Surorile de ocrotire

Din iniţiativa medicilor români din Sibiu, deodată cu zorile anului 1934, a luat fiinţă revista „Sibiul Medical", menită s'aducă lumină şi să strângă rândurile corpului medical printr'o colaborare strânsă şi unită pe terenul ştiinţific.

După activitatea rodnică desfăşurată de medicii noştri prin conferinţe şi anchete medico-sociale, au crezut de bine ca să pună la curent pe toţi colegii lor doritori de progres cu rezultatele obţinute, fie ca să le servească de îndemn, fie ca celor dornici de muncă să le fie un indicator preţios în desfăşurarea activităţii pe terenul medico-social.

Din aceste considerente a luat fiinţă revista „Sibiul Medical" în a cărei coloane sunt în plăcuta situaţie de a face cunoscut surorilor de ocrotire, că din bunăvoinţa Onoratului Comitet, ni s'a rezervat şi nouă câteva pagini, unde să ne putem întâlni, discuta chestiuni profesionale, spune doleanţele şi prin care să ne putem impune şi face cunoscută Instituţia Surorilor de Ocrotire.

Până în prezent dat fiind numărul mic de surori de ocrotire, nu am fost în situaţie să avem o revistă a noastră proprie, aşa cum sunt în străinătate şi aşa cum am dorit-o şi noi. Prin paginile rezervate nouă în „Sibiul Medical" se vor da indicaţii în conducerea serviciului şi vom sta de vorbă cu surorile de ocrotire în toate

chestiunile profesionale, precum şi alte chestiuni de ordin general. Totodată pagina rezervată ocrotirei din „Sibiul Medical“ va servi de îndreptar pentru toţi cei cari se interesează de Instituţia noastră.

Avem speranţa că la această pagină a surorilor de ocrotire vor colabora dnii medici igienişti şi sanitari asigurându-ne astfel o deplină isbândă.

In această revistă medicală la pagina ocrotirei sociale, se primesc articole scurte şi precise, precum şi referate din partea oricui se interesează de instituţia noastră şi cari au dorinţa sinceră de a o vedea ridicându-se la nivelul altor instituţii similare, atât din ţară, cât şi din străinătate.

Fac deci un călduros apel la dnii medici specialişti, la surorile de ocrotire, ca să ne sprijinească opera începută şi să contribue cu inimă largă şi curată, la desvoltarea şi menţinerea acestei reviste menită să contribue la propagarea celei mai frumoase opere umane.

Fie ca acest început să ne servească de bun augur şi să ne dee în cel mai scurt timp rezultate frumoase, spre mulţumirea iniţiatorilor şi colaboratorilor ei.

M. Manta

Inspectoara surorilor de ocrotire Sibiu.

† Profesorul Dr. I. Cantacuzino 1863—1934

Puţini vor fi acei din lumea ştiinţifică românească care să nu fi cunoscut pe profesorul Dr. I. Cantacuzino.

Fanaticul preot al medicinei experimentale, impunea de la prima vedere prin înfăţişarea sa zeică, prin profilul capului său frumos, prin aceea puternică plasticitate corporală, care se îmbina atât de bine cu armonia lăuntrică a sufletului şi minţei sale.

Noi elevii, cari ne încălzisem şi ne luminasem la căldura şi lumina spiritului său, ne obişnuisem de mult să vedem în „profesorul“ nostru iubit, un adevărat părinte, voios, cuceritor prin privire şi prin surâsul care iradia bunăvoinţa şi dragostea. Ne obişnuisem să admirăm în el maestrul îndrumător în foarte multe domenii ale vieţei, dar mai ales în acel al medicinei experimentale şi serviciului sanitar.

Persoane, care încă nu-l cunoşteau, auzindu-l vorbind aşa precum vorbea el rar, apăsat, căutând cuvinte care să întocmească fraze lapidare, îşi dădeau imediat seama de cultura sa şi de puterea cu care analiza, sintetiza şi ordona ideile chiar a celei mai nebuloase probleme.

Este imposibil în cuprinsul unui astfel de articol să se poată rezuma întreaga valoare a marelui dispărut. Simt o datorie de conştiinţă însă ca din multiplele şi merituoasele acte ale vieţei să expun câteva mai importante.

Acei ce nu l-au cunoscut sau nu le a fost posibil să cunoască biografia vieţei sale, trebue să ştie că personalitatea ilustrului savant, era însăşi o sinteză a factorilor săi ereditari şi dobânditi.

Descedent al unei familii de neam domnesc, acest nobil de sânge, acest aristocrat intelectual şi sentimental, trecuse încă din primii ani ai tinereţei în rândul acelor ce-şi construise idealul de: „desrobire a clasei muncitoare".

Aparţinând unei familii în care era adânc înrădăcinată ideia culturală şi artistică, crescut pe lângă o mamă bună cunoscătoare a literilor şi artelor, era firesc ca şi tendinţele sale să înflorească şi să se desvolte în aceste direcţii. Nu trebuie deci să ne surprindă faptul că absolvând odată liceul şi universitatea ia Paris, obţine pe lângă diploma în medicină şi pe aceea în litere.

Dar încă de pe timpul frecventărei cursurilor universitare, interesul său purta pe terenul social-politic şi mai ales pe acel al manifestărilor artistice. Invăţămintele dobândite în aceste domenii, fac din el mai târziu, un apostol social şi cultural, un erudit în artă.

Dacă am urmări momentele importante din viaţa sa medicală găsim că a fost: Colaboratorul celebrului savant Metchnikoff, fost director al Institutului Pasteur (în acest institut i se oferise un loc de conducere); profesor la facultatea de ştiinţă din Iaşi, profesor de medicină experimentală la facultatea de medicină din Bucureşti (1902); director al serviciului sanitar (1908—1910), director general al Sănătăţii în timpul războiului 1916—1918 şi Ministrul Sănătăţii publice (în 1931).

Ca higienist a pus numai bazele unei organizaţii moderne a serviciului nostru sanitar, dar a înfiinţat şi condus „Institutul de seruri şi vaccinuri" ce-i poartă numele.

Promotor al luptei antituberculoase a înfiinţat „Societatea pentru profilaxia tuberculozei" şi a introdus în ţară vaccinarea antituberculoasă (cu vaccinul B. C. G.). Se pregătea în ultimul timp cu organizarea unei ligi naţionale pentru combaterea tuberculozei.

Şi a câştigat o reputaţie mondială prin lucrările sale asupra imunităţii scarlatinei, tuberculozei, tifosului exantematic, leprei, etc.

Ca autoritate ştiinţifică a fost invitat în anii de după războiu, să conferenţieze în mai multe centre universitare din Franţa, Belgia, Grecia, etc.

Membru în comitetul de higienă şi de cooperaţie intelectuală al Ligei Naţiunilor, membru al Academiei române şi al Academiilor de medicină şi ştiinţă din Paris, profesorul I. Cantacuzino a fost proclamat doctor „honoris causa" al Universităţilor din Lyon, Bordeaux, Montpellier şi Atena.

Ca profesor, era omul de discretă eleganţă sufletească, care aducea catedrei autoritate. O autoritate pe care nu i-o dădea decretul de numire, dar munca, fanatismul pentru ştiinţa şi idealismul pentru viaţă. Studenţii îl iubeau, îl stimau şi se mândreau cu el.

Şcoala pe care a lăsat-o este o armată de pionieri ai ştiinţei, gata oricând să mobilizeze resursele laboratorului pentru indiguirea boalelor infecţioase. Studenţii şi colegii tineri au putut lucra totdeauna şi destul de confortabil în laboratoarele institutului. Buna voinţă şi sfaturile „profesorului" nu le-au lipsit niciodată.

Pe teren social profesorul Cantacuzino cu cunoştiinţele, lealitatea, francheţea, cavalerismul şi nobleţa sentimentelor sale a lucrat cu mult folos. Deşi nu s'a amestecat niciodată în luptele de partid, a adus o contribuţie merituoasă popularizând ştiinţele, ajutând pe cei nevoiaşi, încurajând pe începători susţinând prin vorbe şi scris ideile şi principiile sănătoase. A fost câtva vreme amfitrionul spiritual şi animatorul revistei „Viaţa românească".

Din dragoste pentru clasa muncitorească făcuse pentru lucrători lecţii speciale de popularizare a ştiinţei, iar ca ministrul al muncei, legiferase munca în porturi.

Pe teren naţional, Profesorul Dr. Cantacuzino deşi foarte mult ataşat culturei şi civilizaţiei franceze, era insufleţit de un puternic patriotism, îmbrăţişând de pe băncile universitare ideia de realizare a României mari. La izbucnirea războiului european a luat parte activă (alăturea de alţi mari patrioţi), în campania pentru o acţiune contra puterilor centrale.

In timpul ultimelor războaie, a adus în conducerea sanitară servicii, care marchează odată mai mult sufletul său bun, spiritu său de înţelegere şi armonie.

In misiunile ce le-a avut în străinătate şi în special în Franţa ne-a reprezentat cu foarte multă demnitate.

Înţelepciunea şi modestia o culminează în dorinţa de a fi înmormântat simplu fără onoruri, discursuri, coroane, etc, iar contribuţia ce ar fi avut să o aducă familia, prietenii şi ţara să fi dat în bani, „Societăţei contra turbeculozei".

Cu profesorul Dr. I. Cantacuzino se duce din viaţă un savant, un profesor şi un om exemplar de idei şi fapte bune. Nu ştim când se va ivi un altul să-l suplinească. In orice caz ideile şi faptele sale, îndemnul curajos la muncă şi la corectitudinea ştiinţifică, vor supravieţui odată cu numele lui.

Dr. G. Preda.

Revista cărţilor.

A. Aubin — R. Maduro: *Technique pratique des examens labyrinthiques. Paris. Edit. Vigot Frères.*

Autorii ne sintetizează într'o lucrare de 80 pagini mijloacele practice ce le cunoaştem în prezent pentru examenele labirintului.

Chestiunea e puţin cunoscută căci mulţi specialişti oto-rhino-loringologi o ignorează, trimiţând bolnavii pentru astfel de examine la neurologi.

Căutând a da numai îndrumări practice, nu găsim teorii explicative ale fenomenelor labirintice, în aceste lucruri, ci numai mijloace de depistare în vederea diagnosticului. Prima parte a lucrării tratează despre examenul funcţiunei auditive: audiţia vocei (vocea şoptită, vocea tare) apoi acumetria instrumentală (diapazoane, asurdisoare), determinarea câmpului auditiv — cu limita lui inferioară şi superioară — probele Weber, Rinne, Schwabach, Gellé.

In a doua parte se tratează examenul funcţiei vestibulare prin *a)* probele clinice: Romberg, Babinski—Weill, cercetarea nistagmus-ului spontan şi provocat, probele indecelui; *b)* probele instrumentale: proba pneumatică, proba calorică, girotorie, voltaică.

Lucrarea sub forma sa modestă întruneşte atâtea calităţi că ajunge indispensabilă oricărui specialist şi devine utilă oricărui practician.

Dr. Gheorghiu Ilie.

H. Aloin şi R. Noel: *Les hémoragies en oto-rhino-laryngologie. Paris 1932.*

Această lucrare face parte din „Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales“ şi tratează în mod foarte concis întreaga problemă a hemoragiilor spontane şi post operatorii din domeniul oto-rhino-laringologiei.

Incepe prin o privire generală a cauzelor hemoragiei, stările hemoragipare (hemofilia, hemogenia) şi tratamentul lor. Apoi ne arată pe rând afecţiunile mai de seamă din specialitate cari sunt

însoțite de hemoragii simptomatice sau post-operatorii. La fiecare ne arată în mod practic tratamentele indicate, dela cele mai simple (injecții cu ergotină, clorur de calciu, tamponamentele locale), până la cele mai grave (legătura corotidei, transfuzia de sânge).

E o lucrare succintă, clară, precisă și mai presus de toate practică care merită a fi cunoscută chiar și de medici nespecialiști.

Dr. Gheorghiu Ilie.

Al XXIII. Congres German de Gynecologie și Obstetrică s'a ținut la 11—14 Octomvrie 1933, la Berlin, într'o singură secțiune sub prezidența Prof. Dr. W. STOEKEL din Berlin.

Revista Arhivele Gynecologice ale Societății Germane de Gynecologie a publicat în Volumul 156, Caetul 1—2, tot materialul referitor la acest Congres. Editura Springer, Berlin, 52 Mărci.

Referatele principale au fost:

I. *Hemoragiile Gynecologice.* Prof. Schröder — Kiel, pune în concluzie menționează: *a)* cercetările în curs cu ultra spectroscopul asupra prezenței hormonilor ovarieni în sânge și urină; *b)* corelația endocrină dintre ovar, hipofiză, ou fecundat (ca fiind primul motor generator de excitații asupra hipofizei și în urmă a întregului aparat genital) și celelalte glande endocrine; *c)* frecvența hemoragiilor juvenile, fără cauză constatată; *d)* legătura dintre diferitele tumori ovariale și metroragii ar fi o mai mare secreție de foliculină; *e)* importanța sistemului nervos vegetativ în diferitele manifestări ale insuficienței ovariene (de ex. hypersecreția cervicală); *f)* substratul anatomopatologic al metropatiei hemoragice este o hyperplazie glandulară chistică, necrotică, precum și persistența unui folicul în activitate; *g)* progresul chimiei biologice asigură administrarea de preparate hormonale la femeile castrate.

II. *Intervenții din indicații de Eugenie:* chestiuni referitoare la sarcină, sterilitate și mai ales sterilizare, căreia i s'a acordat o deosebită importanță, statistici obstetricale, eclampsie etc.

III. *Diagnoza precoce clinică* și microscopică și tratamentul electiv al cancerului cervical. Hinzelmann, Mikulitz-Radecki și Eymer pun concluzii despre: *a)* cercetări experimentale asupra cancerului provocat; *b)* perfecționarea în plin progres a Röntgenterapiei; *c)* punctul negru în terapia cancerului uterin rămâne parametrul; *d)* necesitatea întreținerei unui moral ridicat bolnavilor canceroși, mai ales după operație; *e)* importanța Röntgenterapiei înaintea operației cu anumite restricții: doze moderate, iar operația să nu urmeze prea repede după Röntgenterapie.

IV. *Date noui în cercetările asupra sarcinei gemelare.*

V. *Diferite demonstrații,* interesante, de instrumente obstetricale noui asupra gimnasticei în timpul sarcinei, asupa turburărilor menstruale, filme de embriologie etc. **Dr. Popescu Adam.**

Revista revistelor.

N. Hennin, Leipzig: *Über die Gastritis nach Magenoperation. Zbl. inn. Med. 1933 H. 3.* Turburările gastrice postoperatorii sunt datorite în majoritatea cazurilor gastritelor concomitente sau persistente după ulcerul stomacal, sau unor gastrite obvenite secundar în urma condițiunilor fiziologice neprielnice, produse de intervenția chirurgicală. O nouă intervenție în astfel de cazuri nu vine în considerare. Efectul tratamentului medical este de scurtă durată.

R. Pollac, Sellein, *Künstlicher Pneumothorax bei Bronchialasthma. M. med. W. Nr. 11. 1933.* Pneumotoracele artificial bilateral a fost instituit unui bolnav cu astm bronchial, a cărui accese nu au putut fi influențate terapeutic. După instituirea pneumotoracelui timp de 2 ani bolnavul a fost lipsit de orice acces.

G. Hopf, München, *Ephedralin bei Überempfindlichkeitserscheinnungen. M. med. W. Nr. 1933.* Ephedralin se administrează (subcutan) cu efect strălucitor în toate cazurile de intoleranță salvarsanică, dar mai ales în exantenele produse de salvarsan sau alte medicamente.

Dr. N. Heinemann und Dr. O. Neurath, *Zur medikamentossen Behandlung der essentiellen Hypertension. Fortschritte der Therapie. H. 3. 1933.* După 40 cazuri de hipertensiune esențială tratate cu Vasoklin — preparat adus în comerț de firma Gödecke — autorul constată, atât la cazurile ospitalizate, cât și la cele tratate ambulant o ameliorare promptă ale acuzelor subiective, precum în unele cazuri și o scădere a tensiunei sanghine, fapt care corespunde constituției preparatului, precum și experimentelor farmacologice și clinice publicate până în prezent. **Dr. Remus Moga.**

H. Stevenin et G. Bons. *L'asystolie basedowiene et son traitement chirurgical. Paris Medical t. XXIII. Nr. 25. 24 lun. 1933.*

Stevenin și Bons își exprimă părerea că în toate cazurile când la basedowieni se prezintă o intoxicațiune cardiacă care duce la

insuficienţă şi asistolie este o indicaţiune serioasă pentru intervenţie chirurgicală. Autorii se bazează pe următoarele fapte *a)* în aceste cazuri un tratament medical sau de radioterapie nu mai are timpul suficient ca să acţioneze asupra bolnavilor, *b)* tehnica chirurgicală azi a progresat aşa mult încât se poate enucleia o guşe oricât de complicată ar fi.

Prezintă 4 cazuri vindecate de asistolii basedowiene grave pe cari le cred că numai datorită intervenţiunii chirurgicale au putut fi salvate. Natural că bolnavii după operaţie trebue să urmeze încă un tratament medical metodic.

In concluzie cred că dacă rezultatele operatorii nu sunt perfecte dau cel puţin rezultate satisfăcătoare. **Dr. C. Ivan.**

I. Bottin. *Influence des injections intraveneuses de citrate de sodiu a 20% sur les accidents d'obstruction intestinale post-operatoire. La Presse Medical Nr. 5. 15. Ian. 1934.*

Sindronomul humoral în ocluziunile intestinale se caracterizează printr'o scădere a clorurilor în sânge, prin o augmentaţie a ureei cu mărirea alcalinităţii şi în consecinţe prin manifestaţiuni de vomismente.

Injecţiunile intravenoase de ser fiziologic hipertonic 30% restabileşte deficitul de cloruri şi măresc mişcările peristaltice ale intestinului, peristaltismul începe imediat după injecţie şi durează în mijlociu 25 minute. Cu acelaş efect se poate întrebuinţa soluţia de dextroză 25% sau preparatele din lobul anterior al hipofizei.

Autorul a administrat în 2 cazuri de ocluziuni intestinale din eroare injecţii intravenoase de citrat de sodiu 20% câte 15—20 cm□ după care s'a produs un peristaltism intestinal rapid şi important. Crede că ionul de sodiu joacă un rol primordial în mecanismul de excitaţie a peristaltismului intestinal.

Se remarcă însă momentan după injecţie fenomene foarte dramatice asupra sistemului circulator şi nervos, însă fără să prezinte nici o gravidităte ele dispărând în câteva minute fie spontan fie în urma administrării de cardiotonice. Autorul nu recomandă aceste injecţiuni ci le prezintă ca şi o orientare pentru experienţele clinice.

Dr. Ivan.

Giovanni Albano. *(Evaluation chez la femme enceinte de la function retrograde ovulaire et de la kantité de liquide amniotique. Gynecologie et Obstetrique T. XXVII Nr. 5, Mai 1933.*

Sub denumirea de funcţiune retrogradă a oului se înţelege puterea ce o posedă oul de a expulza din cavitatea sa substanţele inutile funcţiunii lichidului amiotic, este deci o funcţiune comparabilă cu funcţiunea escretorie, depuratorie sau eliminatorie.

Pentru cercetarea acestei funcţiuni autorul întrebuinţează tehnica următoare: Prin o puncţie transabdominală făcută în jurul ombilicului cu ajutorul unui ac subţire şi lung de 10—12 cm., introduce în cavitatea amniotică, după o prealabilă vidare a vezicei urinare o cantitate de 0 gr. 006 phenol-sulfonnephtalein diluată cu lichid amniotic. Această diluare se face prin aspirarea lichidului amniotic asigurându-se astfel o difuziune mai rapidă în interiorul cavităţei. Culcă apoi pacienta alternând din 5 în 5 minute decubitusul lateral drept cu cel stâng, iar în ultimele 10 minute a primei jumătăţi de oră o pune să se plimbe. După aceasta îi aplică o sondă á demeure pentru a supraveghea apariţiunea coloraţiunei în urină.

Graţie acestei metode G. A. a măsurat cantitatea lichidului amniotic la diferite vârste ale sarcinei şi a găsit în luna IV-a 280 cmc., în luna V-a 328 cmc., în luna VI-a 447 cmc., în luna VII-a 560 cmc., în luna VIII-a 626 cmc., în luna IX-a 800 cmc. Aceste cifre sunt puţin diferite de cele clasice cari susţin diminuarea progresivă a cantităţii de lichid amniotic către sfârşitul sarcinei. Autorul explică această eroare prin faptul că începând din luna V-a fătul începe a-l înghiţi, rezultând din aceasta o mai mare diluţie aparentă a materiei colorate din care o parte este deviată astfel în tubul digestiv al fătului.

In ce priveşte funcţiunea excretorie ovulară a constatat că în primele 24 de ore după injecţie femeia elimină prin urină 30% din materia colorantă. Această eliminare se mai continuă încă în urină dar numai sub forme de urme timp de încă 70—80 de ore. După 24 ore lichidul amniotic se mai găseşte un residuu de 30%, aceasta înseamnă că din restul de 70% o cantitate de 30% s'a eliminat prin aparatul uropoietic, iar restul probabil pe alte căi. După 48 ore camera ovulară numai conţine decât urme de coloraţiune.

In cardiopathiile necompensate precum şi la femeile însărcinate în stare de toxemie cu sindrom preeclamptic se produce o eliminare întârziată şi încetinită. In tuberculoza pulmonară ciclul eliminării este scurtat.

O observaţiune interesantă este că prin puncţiunea camerii ovulare se poate constata moartea fetusului, atunci când lichidul extras se prezintă hematic prin hemoliză, în acest caz eliminarea prin urină a phenolsulphonepthaleinei se prelungeşte timp de zile, iar persistenţa în cantitate dozabilă a coloraţiunei durează încă şi mai mult.

Dr. C. Pascu.

Francesco Spirito. *(Ma méthode de traitement de l'infection puerperale par la vaccination „in situ" dans le parenchyme de l'utérus). Gynecologie et Obstetrique T. XXVII Nr. 6, lunie 1933.*

Această metodă pe care autorul o practică de 3 ani cu cele mai bune rezultate constă în injectarea în uter 1/4 cmc., din un vaccin compus din un miliard de streptococi, cinci sute milioane staphilococi, cinci sute milioane gonococi şi trei sute milioane bacterium coli. Se foloseşte de un speculum şi o siringă Pravaz provăzută cu un ac subţire şi lung. Strectococi pe care îi foloseşte la acest vaccin provin (luaţi prin hemocultură) dela o boală care nu a suferit încă tratament, iar ceilalţi germeni îi recoltează de obicei din secreţiunile vaginale ale bolnavei însaşi.

După injecţiune se observă o reacţiune caracterizată prin ridicarea temperaturei (39° 5, 40°), urcare ce este în raport direct cu gradul de infecţiune şi cantitatea de vaccin injectat.

Febra se manifestă la un interval de timp de 1/2—2 ore ce este adesea ori precedată de un frison, ajunge maximum la 4—5 ore după injecţie şi scade apoi repede. Injecţia se repetă tot la 3 zile până ce doza obişnuită nu mai dă reacţiune. In cazul că reacţia e negativă e bine să se mai facă încă 1—2 injecţii.

Această metodă terapeutică dă rezultate cu atât mai rapide şi mai sigure cu cât este aplicată mai precoce. Este mult lăudată şi apreciată de autor care nici nu mai crede în urmările periculoase ale infecţiunei puierperale. **Dr. C. Pascu.**

Revue de laryngologie, otologie, rhinologie No. 6, 1933.

P. Mounier et P. Euvrard: *La syphilis dela mastoide.* După un istoric al sifilisului urechei, autorii studiază numai localizarea acestuia pe afofiza mastoidă. Constată leziunile părţilor moi ce se pot întâlni în cele trei stade ale infecţiunei specifice astfel şancru, accidente secundare (adenite), gome cutanale şi leziuni osoase superficiale (asteoperiostită mastoidiană şi profunde mastoidită sifilitică). Studiul este urmat de o expunere a 30 observaţiuni.

Idem:

Louis Venillot: *Les tuberculoses latentes du pharynx.* Tbc. faringiană latentă poate îmbrăca diferite forme.

1° Angine tuberculoase latente se întâlnesc la majoritatea tuberculoşilor pulmonari cari au ajuns într'un stadiu înaintat al boalei. Sunt angine uşoare, ce se repetă de mai multeori, a căror simptome trec neobservate sau cad pe al doilea plan faţă de leziunile pulmonare.

2⁰ Angine Tbc. inflamatorii încep sub formă de angine catarale pentru ca după câteva săptămâni să apară simptomele leziunilor pulmonare tbc. In acest caz manifestaţia faringiană nu e altceva decât o localizare bacilară primitivă.

3⁰ Amigdalite tbc. hipertrofice cu forme cronice (hiperplasică a lui Moure) sau sabacută (adenită amigdaliană a lui Portmann). Evoluţia lor are un mers lent cu puseuri. Prognosticul rezervat pentrucă ne arată tuberculizaţia organismului. Diagnosticul foarte dificil. **Dr. Gheorghiu Ilie.**

Prof. Dr. Unterberger din Berlin a publicat într'o revistă medicală din Berlin, că administrând soluţiuni de bicarbonat de sodiu femeilor, aceste toate au născut băeţi, de unde şi metoda sa terapeutică de a recomanda spălături cu soluţiuni diluate de Bicarbonat de sodiu tuturor mamelor ce doresc a avea băieţi.

Concluziile sale relative la teoria reacţiei physiko-chimice a secreţiilor vaginale şi spermatice, în determinarea sexului sunt: In majoritatea cazurilor alcalinitatea spermei masculine neutralizează exact aciditatea secreţiilor vaginalu, astfel încât şansele naşterii de băieţi sau fete, sunt egale, ceeace explică şi posibilitatea naşterii de gemeni de ambele sexe.

Intr'un mic număr de cazuri secreţia masculină este hyperalcalină şi secreţia femenină este puţin acidă, sunt perechile ce nasc băieţi. Un alt mic număr de cazuri, unirea unui bărbat cu secreţie foarte acidă aduce serie de fete. **Doctor Mavru.**

Profesorul Reeb şi Dr. Leon Israël, afirmă că regimul decolorurat accelerează naşterea, făcând-o mai puţin dureroasă.

Atât la primipare cât şi la multipare supuse la acest regim, dilataţia a fost rapidă, uneori ultrarapidă (mai puţin de 7 ore chiar 2 ore). Acest regim n'are nici un efect asupra excitabilităţei, acţionând prin împiedecarea unei prea mari hydratări gravidice a ţesuturilor şi în particular a muşchiului uterin. **Doctor Mavru.**

Doctorul Massimo Sella, directorul Institutului Italo-German de Biologie marină din Rovigno Istria, comunică într'o lucrare recentă că în provincia italiană Istria, malaria a fost complect eliminată în 7 ani graţie micilor peştişori (plevuşce) aduşi din America de sud.

Inainte exista în provincia Rovigno peste 800 de eleştee unde se înmulţeau anofelii şi 94% din populaţie era suferindă de malarie. Plevuşcele americane introduse în aceste eleştee, au stârpit larvele

de anofelii cu care ele se hrănesc, nemai găsindu-se lacuri cu anofelii în aceste regiuni din 1932; deasemenea neavând de observat în ultimii doi ani nici un simptom clinic de malarie în întreaga regiune.

Doctor Mavru.

Gross W. *Ein weiteres Kapitel zum gebrauch von Phenolkampfer bei Ergsipel un verjauchten Wunden.*

Zentralbl. f. Chir. Nr. 46. 1933.

Payr a întrebuinţat soluţia fenolo camforică a lui Chlumsky cu succes în tratamentul afecţiunilor articulare. Gross a încercat-o în tratamentul erisipelului şi a plăgilor gangrenoase.

Autorul pensulează de 2—3 ori pe zi placa eripipelatoasă şi câţiva centimetri din pielea sănătoasă cu soluţia aceasta a cărei compoziţie este următoarea:

Camfor japonic 60.0 gr., fenol cristalizat 30,0 gr., alcool absolut 10 0 gr.

De asemenea plăgile gangrenoase intens purulente şi supuraţiile localizate ale peritoneului le tratează cu meşe imbibate în această soluţie.

De când întrebuinţează această metodă la erisipel, n'a avut nici o supuraţie şi nici un caz cu evoluţie mortală.

Supuraţia plăgilor şi a focarelor purulente încetează în câteva zile.

Metoda nu prezintă nici pericol prin fenolul pe care-l introduce în organism căci camforul fixează fenolul şi îl eliberează foarte încet.

Se cere ca formula să fie exact executată şi camforul întrebuinţat să nu fie sintetic. **Dr. C. Banu.**

Roch. *Le venin d'abeille dans le traitement des ciatiques. Rev. med. Suisse rom. 1933 Nr. 2.*

Veninul de albină este răspândit în comerţ sub numele de Apicosan şi se administrează sub forma de injecţii.

Pentru a preveni accidentele de idiosincrasie se injectează la început 1/10 parte din 1 cc. mărindu se dozele după toleranţă. Injecţia produce reacţiune generală, reacţiune locală şi de focar.

Cele mai bune rezultate se obţin în nevralgii mai ales în nevralgia sciatică şi în reumatismul poliarticular acut.

Reumatismul cronic şi irita reumatismală sunt deasemenea favorabil influenţate.

Autorul comunică observaţii asupra persoanei proprii şi rezultatele foarte bune obţinute în 10 cazuri de sciatică, în două cazuri de reumatism cronic şi în 2 cazuri de lumbago. **Dr. C. Banu.**

A. Ravina. *Les applications thérapeutiques du venin de serpant. Press. med. Nr. 1 1934.*

Din lucrările lui Delezenne, Ledebt şi Fourneau reese că veninul de cobra este o diastază a cărei efecte se exercită asupra fosfatidelor şi asupra nucleinelor celulare.

In contact cu celulele canceroase veninul de cobra eliberează pe seama nucleilor din celule toxine cari distrug aceste celule. Incercări experimentale pe şoareci au demonstrat că veninul de cobra injectat în masa tumorală a adenocarcinomului spontan, sau grefat al şoarecelui, provoacă topirea ţesutului carcinomatos şi eliminarea lui la exterior, sau reporbţia lui în 15—20 zile.

In afară de aceste cercetări experimentale autorul comunică o serie de încercări în care veninul de cobra a fost aplicat la bolnavi cu scopul de a trata durerile organice, mai ales durerile cari survin la canceroşi.

Taguet a tratat 115 bolnavi utilizând soluţii foarte diluate 1/80.000 în doze progresive, şi a obţinut o calmare considerabilă a durerilor nevralgice datorite compresiunei neoplasice a nervilor. In unele cazuri favorabile s'a obţinut topirea nodulilor canceroşi şi cicatrizarea ulcerelor canceroase.

Acţiunea analgezică a veninului de cobra este puternică durabilă — de mult mai lungă durată decât aceia a morfinei — şi fără reacţiuni generale.

O altă virtute terapeutică a veninurilor a fost descoperită de Seck şi Goldberger. Ei au reuşit — cu ajutorul veninului de Ancistrodon piscivorus — să oprească emoragia mentruală a unei femei suferindă de purpură. — Mai târziu au tratat cu succes 12 femei cu hemoragii menstruale profuze.

Autorul este de părere că încercările cu timpul vor descoperi noui indicaţiuni terapeutice veninului de şarpe. **Dr. C. Banu.**

Le Monde Médical, 1 Octomvrie 1933.

Se poate admite o concepţie biologică a boalelor mintale?

Iată marea problemă pe care o discută Dnii Dri Larrivé şi Chaillet (din Lyon) şi pe care se cred îndreptăţiţi s'o rezolve afirmativ. — Aplicarea progresivă, în domeniul psihiatriei, a metodelor de laborator, sub formă de examene humorale şi anatomo-patologice, duce treptat, în mod inevitabil, la o explicaţie organicistă a imensei majorităţi a psihozelor. — La baza oricărui sindrom mintal se găseşte sau trebue căutată o intoxicaţie sau o infecţiune. — Pornind dela această concepţie a psihiatriei, autorii au instituit şi propun

o terapeutică adecuată — precoce, intensivă şi perseverentă — care le-a dat până acum rezultate „în general satisfăcătoare, uneori nesperate". — Terapeutică anti-toxică şi anti-infecţioasă la început, apoi terapeutică prin şoc (în deosebi auto hemoterapia şi pyretoterapia) — iată etapele succesive ale unei adevărate terapeutici raţionale şi psihiatrie. —

Astfel psihologia trebue să se reducă din ce în ce mai mult, în psihiatrie, la rolul modest al unei metode de analiză şi al unei furnizoare de vocabular.

Articolul Dlor Dri Larrivé şi Chaillet are, în orice caz, meritul unei încercări de sinteză, susceptibilă de a provoca interesante controverse teoretice, cât şi fecunde verificări practice.

Dr. A. Dosios.

Note şi informaţiuni

† Dr. Gheorghe Prunaş.

In 21 Ianuarie a. c. s'a stins din viaţă Dr. Gheorghe Prunaş, harnicul şi distinsul medic de circumscripţie din Orlat judeţul Sibiu.

Retras la pensie după o muncă modestă dar rodnică de peste 40 de ani, îngrijind ca un adevărat apostol de sănătatea populaţiei care îi era încredinţată, lasă în urma sa regrete unanime.

Dr. Gheorghe Prunaş era originar din comuna Murăşeni, judeţul Mureş. Născut în 1860, face studiile universitare la Bucureşti, Budadesta, Viena şi Cluj unde îşi ia doctoratul în 1892. In acelaş an este numit medic de circumscripţie la Zaul de Câmpie jud. Turda, iar în 1893 mutat la Orlat judeţul Sibiu unde stă până în 1928 când e pensionat.

In timpul războiului trece cu armata generalului Moşoiu în vechiul Regat unde îngrijeşte răniţii din R.-Vâlcea, apoi bolnavii de tifos exantimatic din Bara jud. Roman şi intră în Regimentul 9 Vânători ca medic maior unde stă până la pacea din Bucureşti. Se întoarce în Ardeal unde Ungurii îl deţin şi îl închid la Cluj, dar izbucnirea revoluţiei îl eliberează şi revine la circumscripţia sa.

Prin D-rul Prunaş dispare încă una din figurile reprezentative din vechea tagmă de buni medici practicieni. Dispare omul bun, modest şi profund cinstit, omul datoriei, gata totdeauna de a servi pe alţii.

Colegii săi din această regiune, cari l-au cunoscut, l-au stimat şi l-au iubit îi vor păstra întotdeauna o amintire duioasă aceluia care a fost un exemplar de medic adevărat şi de om al datoriei.

Dr. L. Ionaşiu.

Dela Serviciul Sanitar al Corpului 7 Armată, Sibiu.

Dl Medic General *Dr. Michailescu Spiridon* fost Medif Şef al Corpului 7 Armată a fost trecut în rezervă pentru limita de vârstă în cursul lunei Decemvrie 1933. Cu această ocazie D-sa a fost sărbătorit de medicii militari şi întreg corpul Ofiţeresc al garnizoanei Sibiu în frunte cu Dl General Economu, Comandantul Corpului 7 Armată.

S'au adus elogii bine meritate sărbătoritului a cărui activitate de medic militar a adus reale servicii instituţiei ce a condus. Corpul medical sibian se asociază la aceste elogii şi continuând să-l aibă în mijlocul său contează şi mai departe pe valorosul său concurs.

In locul D sale a fost numit ca Medic Şef al Corpului 7 Armată Dl Medic *General Dr. Manea* dela Corpul 4 Armată. Personalitatea noului Şef şi calităţile sale de medic distins sunt o garanţie că corpul medical militar va continua să fie îndrumat pe cea mai bună cale, aducându-şi întreaga contribuţie în activitatea medicală a Sibiului.

Dela spitalul public Sibiu. Aflăm că în ziua de 4 Februarie a. c., s'a întrunit la primărie noua comisie însărcinată cu administrarea spitalului public din Sibiu, sub preşedenţia dlui *Dr. Ovidiu Ivan*, primarul municipiului, au participat d-nii Dr. Cornea, Dr. Mafteiu, Dr. Moga, Gâlea, Bucşa, Bunea.

Cu această ocazie s'au stabilit norme noi pentru conducerea administrativă a spitalului, arătânduse un deosebit interes pentru asigurarea bunei funcţionări a acestei instituţii. Ca prima măsură s'a introdus un nou sistem de aprovizionare al spitalului şi un control mai riguros asupra alimentaţiei bolnavilor.

Inregistrăm cu satisfacţie interesul ce se depune şi sperăm că aceste începuturi vor marca o ameliorare durabilă în gospodăria acestui aşezământ.

Constituirea comitetului Executiv al Colegiilor medicale.

In ziua de 27 Ianuarie s'au întrunit la sediul Asociaţiunii Generale a medicilor în Bucureşti, *Consiliul General* al Colegiilor medicale, compus din toţi preşedinţii secţiilor judeţene din ţară, pentru alegerea comitetului executiv şi al comisiei centrale de disci-

plină şi judecată. Şedinţa a fost prezidată de Dl *Prof. Gheorghiu*, preşedintele comitetului executiv, care în cuvântul de deschidere a insistat asupra necesităţii contopirii Colegiilor medicale cu Asociaţia Generală a medicilor. După observaţiile Dlui *Prof. Tătaru—Cluj, Dr. Căliman—Braşov, Dr. Procopiu—Vlaşca*, etc s'a acceptat propunerea făcută şi susţinută de către *Dl Dr. Stoichiţia—Sibiu* şi anume: ca cele două comitete de conducere ale Asociaţiei şi Colegiului, să facă toate pregătirile şi intervenţiile necesare pentru contopirea definitivă a celor două organizaţiuni profesionale în una singură care să reprezinte *totalitatea* medicilor din ţară. Noua organizaţie profesională se va ocupa pe lângă chestiunile pur profesionale şi de probleme de organizare sanitară.

Procedându-se apoi, prin vot secret, la alegerea comitetului executiv şi la constituirea comisiei centrale de disciplină şi judecată, se proclamă aleşi următorii pe termen de trei ani:

In comitetul executiv: Preşedinte: Prof. Dr. Gheorghiu.
Membrii: Prof. Dr. Tătaru — Cluj.
Dr. Isăvescu — Constanţa.
Dr. I. Negruţi — Ploeşti.
şi Dr. Lascu — Basarabia.

In comisia de disciplină şi judecată centrală:
Dr. Stoichiţia — Sibiu.
Dr. Procopiu — Giurgiu.
Dr. Panea — Focşani.
Dr. Machelarie — Câmpulung.
iar membru supleant Dr. Teiseanu — Buzău.

Şedinţa a continuat seara la orele 19, când s'a discutat diferite probleme profesionale. **is.**

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

A. *Conferinţe.*

In sala de cursuri a Institutului Obstetic, în faţa unui public numeros de medici şi farmacişti a conferenţiat Dl medic-maior *Dr. Udvarnoky* în zilele de 31 Ianuarie şi 3 Februarie, tratând cu multă competinţă subiectul de actualitate: *Terapeutica gazoţilor.*

In cadrele unui festival organizat de societatea „Principele Mircea" din Selişte, în ziua de 2 Februarie a conferenţiat Dl Insp. Gen. Sanitar *Dr. I. Stoichiţia* despre: *Ocrotirea mamei şi copilului.*

A asistat un public foarte numeros din Seliște, care a răsplătit pe conferențiar cu răsunătoare aplauze pentru interesanta și instructiva expunere făcută.

In cadrele cursurilor „Universității populare" organizate de societatea cu turală „Astra" în sala festivă a Academiei teologice s'au ținut următoarele conferințe:

Miecuri, în 6 Februarie 1934: *Sănătatea publică și igiena preventivă*:

Luni, în 12 Februarie: *Ocrotirea mamei și copilului*:

Miercuri, în 14 Februarie: *Despre epidemii și combaterea lor.*

Toate aceste conferințe au fost ținute de către Dl Inspector General Sanitar *Dr. I. Stoichiția.*

B. *Activitatea medico-socială.*

In ziua de 4 Februarie, Duminecă, s'a făcut o minuțioasă anchetă medico-sanitară în comuna *Săsăuș* din județul Sibiu.

La această anchetă au participat *domnii doctori:* I. Stoichiția, Capitanovici, Cozma, Păcurariu, Kisch jun., Popescu Adam, Ghițescu, Bonea, Ilcușu, Nicolae, Dosios, Vater, Bucur, Kenst, Banu, Stupariu și Tatu.

Surori de ocrotire: Manta, Buzea, Simonis și Dancășiu.

Farmacist: V. Pop.

Moașă: Dinulică; *Laborant:* Duna.

Din cei 804 locuitori ai comunei au fost examinați de către medici *771* adecă 95,9 din întreaga populație a comunei, complectându-se pentru fiecare locuitor în parte câte o *fișă sanitară individuală.*

Consultațiunii de specialitate sau dat:

Boli interne = 86
„ chirurgicale = 3
„ dematologice = 14
„ de ochi = 17
„ de nas, gât și urechi = 15
„ gynecologice = 12
Extracții dentare = 77
Recretări de sânge pentru reacția Wassermann = 37.
Cu medicamente gratuite au fost împărtășiți 227 bolnavi.

Posturi vacante de medici la Ministerul sănătății.

Se aduce la cunoștință că în Monitorul Oficial Nr 23 din 29 Ianuarie 1934, partea II-a, s'a publicat vacante următoarele posturi de specialitate:

Boli interne. Medic primar la spitalul I. C. Brătianu, Piteşti şi medic primar la spitalul Piatra Neamţ;

Chirurgie. Medic primar la spitalul Schuller-Sfetescu din Ploeşti.

Tuberculoza. Medic ambulatorul policlinic Oradea-Mare, medic primar la spitalul Greci jud. Olt şi medic al sanatorului Dr. Clunet din comuna Bucium judeţul Iaşi.

Oftalmologie. Medic, ambulatorul policlinic Tg.-Mureş.

Otorinolaringologie. Medic primar la spitalul din Arad.

Puericultură. Medic, ambulatorul policlinic Braşov.

Radiologie. Medic radiolog, spitalul Cetatea-Albă şi medic radiolog spitalul Soroca.

Stomatologie. Medic, ambulatorul dentistic Timişoara.

Dermato-venerice. Medic, ambulatorul veneric Nr. 1 Iaşi.

Chimişti. Chimist şef la laboratorul de igienă Arad.

Iar în Monitorul Oficial Nr. 24/30 Ianuarie 1934, partea II-a s'au publicat vacante următoarele posturi de specialitate:

Medic şef la ambulatorul veneric din Sibiu şi medic la ambulatorului veneric din Iaşi.

Postul de medic ragiolog dela spitalul din Cluj publicat vacant, este o eroare, trecându-se în Monitor Cluj în loc de Orhei, unde se găseşte vacanţa.

Oficiul sindical al asociaţiei generale a medicilor aduce la cunoştinţă tuturor d-lor medici membri că oficiul şi-a început activitatea. Oricari membri au de recuperat onorarii să se adreseze Oficiului din str. Isvor No. 16, unde vor lua cunoştinţe de procedeul ce trebuie de urmat.

Concurs de medic primar la spitalele Eforiei. La 1 Aprilie 1934, se va ţinea la Eforia spitalelor civile din Bucureşti, B-dul Elisabeta 5 concurs pentru ocuparea postului de medic primar, specialitatea medicină internă, dela spitalul din Sinaia.

Inscrierile se fac până în ziua de 21 Martie 1934. Orice informaţii la cancelaria Eforiei.

LABORATORUL „MEDICIS“

Bucureşti I., Str. Bărăţiei Nr. 48

Medicamente de mare valoare terapeutică.

FORTOGENE

Compoziţia: 10% Calc. glicerofosforic, Extr. Kola şi strichni, Vin de Malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos şi osos. Gust delicios. Fl. orig. 350 gr.

Doza zilnică: 3 linguri de supă înaintea meselor pentru adulţi.
3 linguriţe de cafea înaintea meselor pentru copii.

EUPECTIN-SIROP

Compoziţia: Kaliumsulfo-guajacolic 4%, Ephedrină naturală o. 10% Nat. Benzoic 6%, Luminal natr. o. 10%, Codeină o. 10%, Chlor Ca. 2%, etc. Excipient. Sirop de portocale vanilat.

Indicaţiuni: Expectorant şi îndeosebi Calmant neîntrecut în: Tuse, Tuse convulsivă, Astm, Bronşita acută şi cronică, Afecţiuni pulmonare. Acţiune terapeutică eficace frapantă. Gust foarte agreabil.

Doza zilnică: Adulţi 3 linguri de supă.
Copii dela 3 ani: 2—3 linguriţe de cafea.
Copii mai mici: Mai puţin, după apreciere.

Preparatele se pot avea la toate Farmaciile şi Droguriile din ţară. Depozitele Engros de medicamente. **Pentru Sibiu, DEPOZITUL ENGROS**

ALFRED ENGBER

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII“ SIBIIU

Insulin „Degewop“

Sub controlul prof. Dr. E. LAQUER, Directorul Institutului Pharmacotherapeutic din Amsterdam.

Durabil
nu irită
exact dozat,
de aci în permanenţă constant.

100 U. . . . 5 ccm. . . . Lei 60·—
200 U. . . . 5 „ . . . „ 115·—

In afară de aceasta ambalaj pentru clinici.

N.V. ORGANON
TOT BEREIDING VAN ORGAANPREPARATEN OP WETENSCHAPPELIJKEN GRONDSLAG
OSS (HOLLAND)

Mostre şi Literatură:

Drogueria „ROYAL“ M. Rozsa, S. A. Cluj.

CALCIRON : EUCARBON

F. Trenka **F. Trenka**

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 162, 4. IV. 1925.

Pasta HIRISAN ULCRUN

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 04410, 12. IV. 1933.

SPETON

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 77.268 dela 15 Decemvrie 1931.

Depot pentru Sibiu

HIETSCH & Co.

De vânzare: Farmacii şi Droguerii.

Gouttes **NICAN**

Tuse

Spasmodice, Convulsivă,
Gripa, Tuberculosa

Tratamentul Insomniei
prin

SOMNOTHYRIL

(1—3 pilule pe zi)

Laboratoires CANTIN a Palaiseau (France)

CEREOSSINE

(os proaspăt total)
Simple, Iradiate, Decalcificare, Creştere, Convalescenţă, Tuberculosă, Fracturi

ENTEROBYL

Drenaj Biliar
Antiseptie Biliară şi Intestinală
Desensibilisator

Laboratoires DEHAUSSY a Lille (France)

RHESAL

(Ether M. Salicilic a glicerinei)
Anti REUMATISMAL
Anti NEVRALGIC
LUMBAGOSCIATICA-TORTICOLIS

NOPIRINE

(Tablete)

Anti reumatismal
ANALGESIC / ANTIPIRETIC

DIMETOL

(Granule)

ARTRITISM, GUTA, REUMATISM
SPECIFIC AL DIATHESEI ARTRITICE

Laboratoires VICARIO Paris

Reprezentanţi şi depozitari pentru România:

„AGENCE ROUMAINE FRANCAISE"

Bucureşti, 37 Sft. Apostoli.

TIPOGRAFIA DACIA TRAIANĂ S. A., SIBIU

BIBLIOTECA CENTRALĂ
a „ASOCIAȚIUNII"
SIBIU

Anul I. No. 2. 10 Lei Exemplarul. 15 Martie 1934.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretari de redacție:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comșa, I. Cosma, G. Ghițescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuș, L. Ionașiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roșca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacția: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administrația: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole științifice:

Docent Dr. O. Filipescu: Intervențiile chirurgicale în basedow . . . . . Pag. 52

Md. Lt. colonel Dr. M. Capitanovici, Dr. Dumitrescu și Dr. Roșca: Tratamentul supurațiunilor pulmonare prin injecțiuni intravenoase de alcool . . . . . „ 60

Dr. L. Ionașiu și Dr. C. Lungu: Puncția rachidiană repetată în tratamentul Schizofreniei „ 63

Dr. I. Sturza: Ghiața naturală ca focar de infecție, în epidemia de febră tifoidă din Sibiu, la anul 1932 . . . „ 66

Dr. C. Manta și Dr. R. Moga: Considerațiuni asupra pietrelor pulmonare . . . . „ 72

Dr. H. Tănăsescu: Accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar în parturație . . . . . „ 76

Dr. L. Ionașiu și Dr. C. Lungu: Contagiune psihică (Folie à deux) . . . . . „ 80

Dr. I. Ghizdavu: Un caz de erizipel complicat cu septicemie supraacută . . . . Pag. 83

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. M. Lupaș: O instituție sanitară rurală: „Casa de Ocrotire Regele Carol II" Sălișteă Pag. 85

Dr. I. Cosma: Observații asupra raportului lunar model 301 „ 89

Dr. M. Capitanovici: Publicul și medicina . . . . . „ 97

Dr. I. Cosma: Mișcarea populației în jud. Sibiu în luna lanuarie 1934 . . . . . „ 99

Probleme de ocrotire:

Dr. I. Stoichiția: Importanța și necesitatea Instituției Surorilor de Ocrotire . . . . Pag. 101

Revista cărților . . . . . „ 105

Revista revistelor . . . . „ 105

Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 111

Note și informațiuni . . . „ 113

Sanatorul Dr. Ittu

Informațiuni, prospecte și birou de primire

Sibiu, Str. Regina Maria 36

Telefon 280.

Institut dietetic, fizioterapeutic, familiar, cu confort și instalațiuni moderne. În camere apă rece și caldă curgătoare, încălzire centrală, apaduct dela munte, canalizare, lumină electrică, parc, plaje cu duș în plin soare etc. Hidroterapie completă cu cele mai diferite dușuri și putini. Băi medicamentoasă, băi în spumă și sub spumă. Băi acido carb, normale și sub spumă. Băi oxygen și Kneipp. Băi perle de aer liber sau sub spumă. Masajuri normale, masaj aqual și subaqual. Injecții, Electroterapie, Raze Röntgen, Raze ultraviolete Quarz, Solux, Raze infraroșii, ultraroșii, albastre, violete. Dușuri de aer cald și rece. Diferite termofoare. Cabinet special pentru inhalații și pulverizații. Microscopie și analise medicale. Sanatorul e lângă marele parc „Sub arini" în o admirabilă poziție, la 442 m. altitudine, în legătură cu centrul orașului și pădure cu tramvai electric iar cu băile Ocna-Sibiu la oră. E întreg anul deschis. Se primesc convalescenți surmenați, anemici, nervoși, hipertensivi, cardiaci, diabetici, artritici, tabetici, lumbago, ischiaș reumatism și diferite debilități, boale de stomac etc. Se face cură de îngrășare și de slăbire prin dietă, masaj și prin băi speciale, cură de refacere după operațiri grele, cură pentru Basedow. Pentru damblagii, drepresiuni, oboseli trupești și sufletești, indispoziție de muncă, diferite morburi de nervi, perturbări senile sau sexuale se face o cură specială prin oxydarea corpului cu hormoni-vitamine. Nu se primesc tbc. nici mintali bolnavi. Prețuri moderate — conform timpului.

Neosalvarsan

Produsul original Paul Ehrlich

Efectul terapeutic şi toleranţa sunt neîntrecute de nici o imitaţie. Renumit în toată lumea de peste 20 de ani ca cel mai desăvârşit remediu, ca cea mai puternică armă contra sifilisului. Fiecare serie de fabricaţiune controlată şi examinată din punct de vedere clinic de către stat.

NEOSALVARSAN

întrece chiar prescripţiunile de standardizare ale comisiunei de igienă a ligei naţiunilor.

Nici o altă firmă din lume nu dispune ca noi de experienţe egale în fabricaţiunea arsenobenzenelor.

Aşa se explică eficacitatea şi superioritatea Neosalvarsanului faţă de celelalte arsenobenzene.

Preţul considerabil redus: se obţine şi în ambalaje de câte 10 fiole din aceeaş doză.

BAYER

»Bayer-Meister Lucius«
LEVERKUSEN A. RH.

Reprezentanţi generali pentru România:
„PHARMA“ STUDERUS & Co., Bucureşti II, Str. Spiru Haret 5.

Anul I. Nr. 2. 10 Lei Exemplarul. 15 Martie 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI ORGANIZARE SANITARĂ

Insulin „Degewop“

Sub controlul prof. Dr. E. LAQUEUR, Directorul Institutului Pharmacotherapeutic din Amsterdam.

Durabil
nu irită
exact dozat,
de aci în permanență constant.

100 U. . . . 5 ccm . . . Lei 60·—
200 U. . . . 5 „ . . . „ 115·—

In afară de aceasta ambalaj pentru clinici.

N.V. ORGANON
TOT BEREIDING VAN ORGAANPREPARATEN OP WETENSCHAPPELIJKEN GRONDSLAG
OSS (HOLLAND)

Mostre și Literatură:

Drogueria „ROYAL“ M. Rozsa, S. A. Cluj.

SIBIU, 1934
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

CALCIRON : EUCARBON

F. Trenka **F. Trenka**

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 162, 4. IV. 1925.

Pasta HIRISAN ULCRUN

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 04410, 12. IV. 1933.

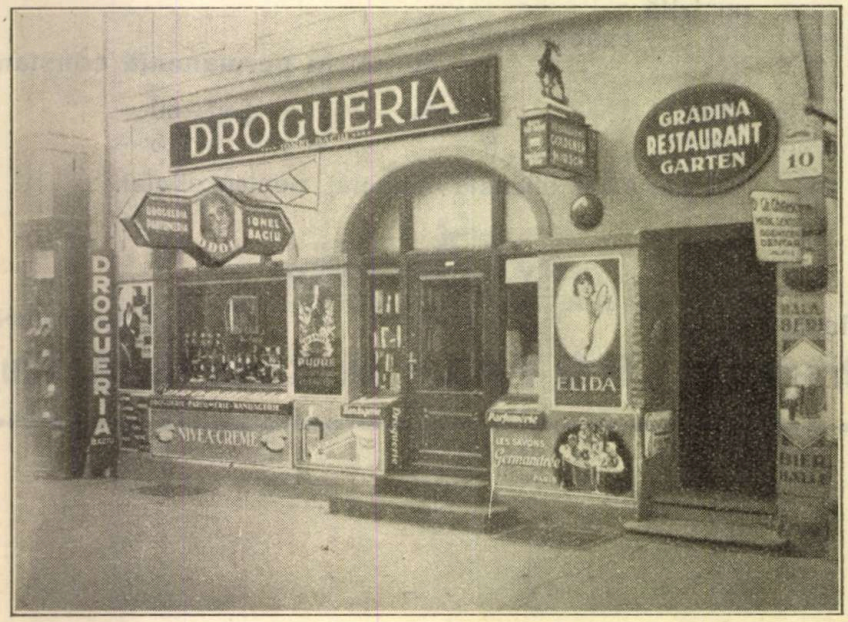
SPETON

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 77.268 dela 15 Decemvrie 1931.

Depot pentru Sibiu

HIETSCH & Co.

De vânzare: Farmacii și Droguerii.



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Spitalul Public Sibiu
Serviciul Chirurgical. Medic primar, Docent Dr. O. Filipescu

Intervenţiile chirurgicale în basedow

De **Doc. Dr. Filipescu.**

La anul 1922 terapeutica chirurgicală a basedowului a făcut un salt important în drumul către progres. Prin inaugurarea medicaţiei iodate propuse de *Plummer-Boothby;* precum şi prin investigaţiile asupra metabolismului bazal s'a creiat o nouă orientare de tratament cu efectele cele mai salutare asupra acestui teren delicat de realizări. Intervenţiile chirurgicale, cari până atunci puneau la grele încercări, atât şansele de vindecare ale bolnavului prin accidentele toxice, cât şi tehnica operatorie prin particularităţile anatomice au pierdut mult din gravitatea lor. Augmentarea cunoştinţelor în jurul acestei concepţii a făcut posibil creiarea unor noui criterii mai sigure pentru selecţionarea cazurilor, fixarea momentului oportun al operabilităţii precum şi a tehnicei de urmat.

Pentru a putea demonstra rolul acestor factori trebue să avansăm diferitele varietăţi a manifestaţiunilor clinice sub care se prezintă sindromul basedowian. Distingem:

1. *Guşa tipică exoftalmică* sau după autorii germani basedowul genuin. Aceasta varietate se caracterizează prin apariţia simptomelor aproape contimporan cu tumora. Guşa prezintă o hipertrofie în masă, este de consistenţă uniformă, uneori uşor granuloasă. Triada simptomatică, turburările nervoase, precum şi ale metabolismului sunt foarte marcate. Se poate prezenta, mai ales când simptomele sunt de dată veche, cu complicaţii ale cordului, rinichilor, sau o întâlnim sub o formă de o evoluţie rapidă cu manifestaţiuni de toxicitate excesivă;

2. Distingem *guşa basedowifiată* după francezi sau adenomul toxic după Plummer. Evoluiază în două periode, una de guşe simplă şi a doua consecutiv de basedowificaţie. In majoritate este tumorală, chistică (adenom chistic), sau se constitue din un nodul solid (adenom nodular), sau din noduli multipli aglomeraţi (guşe adenomatoasă multinodulară) prin o capsulă proprie uneori separaţi de restul corpului tiroid. Simptomele cardiovasculare şi nervoase sunt mai puţin accentuate, însă prezintă tipul hipertiroidismului pur;

3. Din punct de vedere terapeutic trebue să mai distingem *basedowism iodic* instalat în urma administrării de iod în cantităţi prea mari;

4. La fel după *părerea noastră distingem basedowism cu predominenţă de turburări pluriglandulare*, ca basedowul la adipoşi („fette basedow"), în patogenia căruia hipofisa are rolul primordial; precum şi *hipertiroidism la neuropaţi* cu stigmate histerice de ordin psihic sau somatic.

Este notoriu faptul că pericolele în legătură cu intervenţiile chirurgicale în basedow sunt cu mult mai mari, decât în guşa simplă din cauza posibilităţii de survenire consecutiv a unei reacţii postoperatorii, manifestată prin slăbirea cordului, a torentului circulator, turburări ale metabolismului; uneori cu stări hipertoxice de influenţă şi mai dăunătoare aparatului circulator. Experienţele anilor din urmă a dus la elaborarea unei metode novatorii în tratamentul pre- şi postoperator de valoare indiscutabilă în diminuarea dificultăţilor operatorii şi de real progres în asigurarea unui prognostic mai favorabil. Intre factorii care constitue acest tratament rolul binefăcător al circumstanţelor de liniştire nervoasă şi psihică adecă a repaosului moral şi fizic este de mult cunoscut; la fel apreciată este şi administrarea bromului, mai ales a preparatelor de acid barbituric, cu acţiunea lor electivă asupra centrului regulator şi al metabolismului. Vreau să insist mai mult asupra valorii regimului dietetic, precum şi asupra acţiunei şi rolului important al medicaţiei iodate, cari sunt părţi integrante din acest tratament. *König* (Lipsca Payr) sprijinit pe constatarea, că balanţa metabolismului basedowienilor tinde mai mult spre acidoză, a ridicat ideea administrării acestor bolnavi un regim cu un surplus de săruri bazice cu scopul de a neutraliza produsele acide ale organismului. Recomandă lapte, fructe, legume, cartofi; pe când carnea, pâinea, păstăioasele le condamnă ca producătoare de acciditate. Ca auxiliar al acestui regim preconizează încă administrarea preparatului „*Basica*" constituit din mineralele natriu, caliu, calciu, magneziu şi săruri feruginoase organice într'o procentualitate de 20 şi zahăr lactic 80%; din care se dă bolnavilor 20 gr. în limonade. Efectele acestui tratament asupra metabolismului şi ridicării în greutate a bolnavilor ar fi după acest autor, superioare celor obţinute prin medicaţia iodată şi ligatura arterelor. In casuistica noastră am căutat a supune bolnavii acestor noţiuni dietetice şi experienţele făcute nu ne permit a le acorda efecte de proporţia menţionată. Observaţiile constatate de noi sunt ameliorarea manifestaţiunilor nervoase şi mărirea indexului de coagulare a sângelui; influinţe de altfel de apreciat mai ales la aceşti bolnavi. Această constatare ne-a determinat a preconiza şi în viitor în stadiu pre-operator acest regim însă concomitent cu medicaţia iodată. Rolul de căpetenie în trata-

mentul pre-operator îl are medicaţia iodată preconizată mai întâi de *Plummer şi Boothby*. Iodul se administrează sub forma soluţiei *Lugol*, ca cel mai eficace preparat de iod într'o diluţie de 1%, 3% sau 5%. Această din urmă (iod 5 gr. iodură de potasiu 10 gr. apă dest. la 100,0) conţine în 100 cm. 12,65 gr. iod. Nu există o schemă fixă pentru administrarea acestei soluţii. In general dozarea se conformează cifrei metabolismului bazal. Totuşi pentru a avea un punct de plecare *noi credem posibilă următoarea distincţiune:*

Cazuri uşoare de hipertiroidism cu o cifră a metabolismului bazal sub + 45%, cazuri de graviditate mijlocie cu o cifră între + 45% şi + 60% şi grave peste această cifră. In cele uşoare administrăm de 3 ori 5 picături, urcând zilnic cu 3 ori una picătură, până la 3 ori 10 picături; în cele mijlocii doza iniţială o fixăm la 3 ori 10 picături urcând zilnic până la 3 ori 15. Intervenţia se poate executa de obiceiu a 6 a până a zecea zi. In cazurile grave administrăm dela 3 ori 15 picături până la 3 ori 20 pe zi; la fel începem în cele tratate anterior cu iod şi urcăm zilnic până la 3 ori 25 picături; aceasta din cauza că acum sunt mai refractare iodului. Cât de mult se poate prelungi medicaţia iodată ilustrează un caz al nostru, în care am administrat *timp de 25 zile* această soluţie, începând cu 3 ori 5 picături zilnic până la 3 ori 25 picături. In acest interval bolnava a sporit în greutate 7 Kg. iar simptomele s'au ameliorat, încât se credea definitiv restabilită şi refuză intervenţia cu toate lămuririle date. După o ameliorare de 4 săptămâni revine în starea veche.

In general medicaţia iodată trebue individualizată, atât sub raportul dozajului, cât şi a duratei, sub controlul metabolismului bazal şi a unei observaţii clinice riguroase. Revelatorul acesteia este starea generală, pulsul, temperatura, precum şi greutatea. Timpul optim pentru intervenţia chirurgicală este o cifră a metabolismului bazal sub + 30%, cu micşorarea frecvenţei pulsului precum şi cu urcarea în greutate a bolnavului. Aceste justifică executarea strumectomiei într'un timp cu prognosticul cel mai bun. Este firesc, că nu vom putea obţine date atât de favorabil în toate cazurile cu ajutorul acestui tratament. Totuşi rezecţiunea întinsă bilaterală într'un timp se poate executa pe lângă urcări şi mai mari a metabolismului bazal. *Rahm* şi *Haas* (Breslau) publică succese până la o cifră de + 63%.

Uneori singură aprecierea simptomelor clinice instalate în urma medicaţiei iodate sunt criterii suficiente pentru stabilirea operabilităţii cazurilor fără controlul prealabil al metabolismului bazal. Noi am executat într'un caz de basedow strumectomia întinsă numai în baza acestui criteriu, fără a înregistra vreo reacţie post-operatorie, obţinând completă vindecare în 20 zile.

Este de notat, că sunt cazuri, în cari după medicaţia iodată, atât metabolismul bazal, cât şi simptomele clinice rămân uneori staţionare, iar altă dată se agrevează. *Acestea sunt cazurile refractare acţiunii iodului,* cari tocmai în urma acestei manifestaţiuni impun o selecţionare sub raportul procedeelor de tratament. Tratamentul operator în cazurile din urmă este contraindicat; ele aparţin radiologiei, în cazurile grave şi cu simptome staţionare intervenţia într'un timp ar fi foarte riscată. Reacţia post-operatorie s'ar instala în mod inevitabil, ea poate debuta chiar în timpul intervenţiei ori imediat după terminarea ei şi se declară prin simptome de nelinişte mare, o frecvenţă enormă a pulsului, hipotensiune, transpiraţii profuze, etc. şi duce în termen în 24—48 ore de obicei la sfârşit letal. De aici necesitatea de a interveni în doi timpi sau mai mulţi. Ligatura preliminară a ambelor artere tiroidiene superioare, căreia îi poate urma peste câteva săptămâni timpul al doilea cu ablaţiunea guşei. Tratamentul iodat continuat dela primul timp ne va indica prin metabolismul bazal momentul oportun pentru timpul doi; termenul optim este după prima săptămână. Aceasta procedură dă posibilitatea intervenţiunei, şi pe lângă un metabolism bazal mai ridicat. *Meyer* şi *Rahm* publică succese şi cu o cifră a metabolismului de + 76%. Cât priveşte cazurile refractare iodului noi am avut două; le-am administrat zilnic de 3 ori 5 picături, urcând cu 3 ori o picătură pe zi. In timp de 5 zile simptomele gastro-intestinale s'au accentuat insomnia şi transpiraţia au devenit şi mai marcante, bolnavii au slăbit mult. In conformitate cu concepţia noastră le-am propus tratamentul radiologic. *In concluzie medicaţia iodată prin simptomele clinice este indicatorul şi a conduitei terapeutice.*

Ne-am permis a avansa diferitele varietăţi sub care se prezintă hipertiroidismul cu scopul de a arăta *după părerea noastră* terenul oportunităţii tratamentului operator şi în consecinţă sfera indicaţiilor medicaţiei iodate. Justiţiabile tratamentului chirurgical sunt toate formele aparţinătoare grupei 1 şi 2. Se exceptează numai cazurile cu complicaţii viscerale grave, în care este indicat mai multă prudenţă. In formele grupei 3 este singur în drept tratamentul chirurgical; medicaţia iodată se poate încerca însă la ivirea primelor simptome deletere se impune suprimarea ei. Restul varietăţilor aparţin domeniului de tratament radiologic şi medical, la care se mai adaug şi cazurile refractare iodului. Dacă am căuta să exprimăm în procente efectele medicaţiei iodate înregistrăm după autorii americani în 35% efecte excelente; în alte 35% bune, în 35% reduse, iar în 5% se prezintă fără efect.

Tratamentul iodat pe lângă acţiunea descrisă mai are şi un efect local asupra corpului tiroid, de importanţă din punct de vedere tehnic. Putându-l şi noi confirma ne permitem a-l scoate în evidenţă cu adaosul observaţiilor noastre. Deodată cu ameliorarea simptomelor clinice se constată o micşorare marcantă în volum, dimpreună cu o induraţie pronunţată a guşei. Acestea se evidenţiază mai mult la guşile mari, difuze şi moi. La fel se remarcă o fixitate mai pronunţată cu jurul, însă contractarea acestor aderenţe nu este în măsură de a face cu mult mai laborioasă luxarea guşei şi nu opune obstacole marcante în executarea strumectomiei. Vascularizaţia încă se prezintă modificată, venele capsulare sunt aproape colabate, arterele de un calibru cu mult mai mic şi fără tril. Un inconvenient este fragilitatea ţesuturilor fără a cauza însă emoragii însemnate în urma colabării vaselor şi a măririi indexului de coagulare a sângelui, mai ales la bolnavii supuşi noţiunilor dietetice propuse de *König* (Lipsca). Din punct *de vedere microscopic* se pot pune în evidenţă *după Henschen* (Bazel) procese de involuţie în raport cu durata tratamentului iodat. Epiteliul folicular devine plat, părţile parenchimatoase se reduc şi construcţia lor se apropie iarăşi celor normale sau simple strumoase.

Este de notat, că tratamentul iodat trebue continuat şi după executarea strumectomiei. Noi ne conformăm şablonului nostru pentru timpul pre-operator. Începem cu doza maximă, după gravitatea cazului descrescând timp de 5—8 zile. Mai administrăm chinină, ser glucozat, cardiace.

Pentru a complecta noţiunile asupra tratamentului iodat, cred că nu este lipsit de interes a reda modul cum se înţelege interpretarea acţiunii lui. După *Kappis* (Hannover) în sângele bolnavului de basedow circulă mai mult iod, decât în sângele organismului sănătos, mai mult sub formă organică decât anorganică. Pe când sângele omului sănătos conţine aproximativ 8—15 $\gamma\,^0/_0$ iod, în sângele basedowienilor întâlnim evaluări dela 20 $\gamma\,^0/_0$ uneori până la 300 $\gamma\,^0/_0$. Cantitatea circulatorie de iod este determinată de funcţiunea corpului tiroid. Medicaţia iodată schimbă corpul tiroid al basedowienilor sărac în coloid şi iod, într'un organ mai bogat în substanţă coloidală şi totodată reduce cantitatea de iod în sânge, adecă acţionează după *Holst* ca opiu asupra intestinului. Reţine iodul în struma basedowienilor, în consecinţă îl reduce în sânge însă numai pe timp de circa 10—15 zile, când corpul tiroid încărcat cu iod începe a-l revărsa din nou în sânge. In consecinţă metabolismul bazal ar fi mai favorabil, când cantitatea de iod în sânge este mai mică, arătând momentul oportun intervenţiei.

Alte momente de actualitate a problemei intervenţiunilor chirurgicale în hipertiroidism sunt *chestiunea execuţiei tehnice a actului operator, problema anesteziei de practicat, precum şi a necesităţii de întindere a ligaturilor preliminare şi asupra tiroidienelor inferioare,* în caz de intervenţie în doi timpi. Cu toate că aceste aspecte formează obiectul unei preocupări continue şi sunt originea unor discuţii vii, încă nu s'a ajuns până în zilele noastre la stabilirea unui acord comun, deşi soluţionarea lor fericită aduce o contribuţie importantă în succesul operator.

In *execuţia tehnică* a intervenţiei şcoala germană a consacrat principiul conduitei stabilit de *Kocher* şi *Rehn* pe care l-a redat *Klose* prin cuvintele: „această execuţie necesită o procedură precaută anatomică şi o acţiune de prudentă cruţare a ţesuturilor". Aceasta atitudine este adoptată şi azi de majoritatea chirurgilor europeni, pe când chirurgii americani, în frunte cu şcoala lui *Mayo* ridică ca suprem desiderat tehnic rapiditatea execuţiei actului operator. Se înregistrează *(Seifert,* Würzburg) că *Rankin* din clinica lui *Mayo,* precum şi *Perçy* din *Chicago* a executat cu facilitate 3—4 strumectomii într'o singură oră. Ori rapiditatea aceasta excesivă este posibilă numai pe lângă o particularitate a tehnicii chirurgicale, căreia i se poate atribui caracterul unei tehnici duri în sens anatomic. Punând conduita acestor două şcoli în balanţa de apreciere în vederea unei comparaţii cu surprindere trebue să constatăm superioritatea şcoalei americane *cu o mortalitate de 1%, faţă de 2—5% a autorilor europeni.* Ca urmare ar fi logică concluzia, că tehnica operatorie fără menajarea ţesuturilor nu are importanţa deosebită, pe care i-o atribue şcoala germană. Autorii germani explică superioritatea acestor rezultate prin variaţiunile regionale de gravitate ale acestei maladii şi prin faptul, că americanii primesc cu mult mai precoce cazurile pentru intervenţie, decât în părţile noastre; deşi *Mayo* prin propunerea radio-terapiei la anul 1904 ca tratament al hiper-tiroidismului a generalizat această terapie mai întâi în America. *Azi se insistă pretutindeni cu stăruinţă pentru intervenţia precoce, de realizat în primele 4 luni.* Pare însă, că pe lângă acestea rezultatele strălucite ale autorilor americani îşi găsesc explicaţia şi prin superioritatea pregătirii pre- şi post-operatorii; cât şi prin întreg ansamblul practicat în legătură cu actul operator.

In serviciul pe care-l conduc nu am căutat a pune în practică rapiditatea aceasta excesivă a intervenţiei, fie poate datorit unei trăsături fixate în educaţia chirurgicală, pe care nu o pot şterge uşor, mai ales când e vorba de realizări pe un teren plin cu posibilităţi

de surprindere şi din motivul că până acum nu am înregistrat insuccese cu tehnica veche.

Problema *anesteziei* încă formează în zilele noastre obiectul unor discuţii dese. Pe când înaintea inaugurării medicaţiei iodate majoritatea chirurgilor pentru evitarea şocului psihic operator, căruia îi atribuiau în măsură covârşitoare declanşarea reacţiei postoperatorii cu decese subite, vedeau în narcoza cu eter cel mai protector procedeu de anestezie; în anii din urmă experienţele au dovedit că această părere este justiţiabilă unei revizuiri. *Küttner, Rahm* (Breslau) au arătat că o serie întreagă de decese în timpul postoperator se datoresc mai mult unor turburări cauzate de eter. Verifică această opiniune a lor prin constatarea lui *König*, că basedovienii tind mai mult spre acidoză, iar narcoza cu eter poate încărca organismul cu acid carbonic, care numai în detrimentul rezervelor de alcadi se poate neutraliza şi astfel se instalează uneori o stare de acidoză pronunţată. De aici observaţia veche, că cu cât mai puţin eter se administrează şi cu cât mai mult oxigen se dă bolnavilor în timpul narcozei şi decesele se răresc. *Mayo* practică o anestezie combinată; infiltrează în ţesuturi o soluţie de novocaină şi continuă cu o scurtă narcoză de aethylen — oxigen. *Importanţa oxigenului pentru bolnavii de basedow este în afară de ori ce discuţie.* In clinica lui *Mayo* se adăpostesc imediat bolnavii, cari prezintă simptome mai serioase de reacţie post-operatorie în camere anume amenajate cu oxigen (oxygen-chamber). Aceste constatări au determinat numeroşi autori, mai ales dela era medicaţiei iodate să opereze în anestezie locală. Rezultatele obţinute justifică concluzia, că *această anestezie în majoritatea cazurilor este practicabilă fără riscul de a provoca şocul psihic atât de incriminat.* Noguchi accentuiază, că pe lângă această anestezie autoritatea medicului faţă de pacient, precum şi încrederea acestuia în operator au rol indiscutabil. In cazurile noastre am intervenit numai în anestezie locală de novocaină cu adrenalină (pe 10 cm^3 1 picătură adrenalină). Observaţiile făcute ne încurajează a o practica şi în viitor pe o scară cât mai întinsă.

In *intervenţiile în doi timpi* în trecut se cerea cu multă insistenţă necesitatea ligaturii preliminare şi a tiroidienelor inferioare. Aceasta în vederea unei reduceri maxime de flux sanghin în corpul tiroid şi în consecinţă de reflux venos în circulaţia generală, cu credinţa de a realiza astfel un baraj puternic revărsării toxinelor în organism. Această concepţie s'a păstrat până în zilele noastre şi o serie de autori în frunte cu *Länven* (Königsberg) sunt încă apărători acestei

proceduri. Dar majoritatea accentuează astăzi tot mai mult *(Kappis Hannover)* că ligatura preliminară şi a tiroidienelor inferioare este o complicaţie inutilă şi aproape întotdeauna de abandonat, întru cât obstacolul în calea toxinelor atribuit ligaturilor este fără importanţă precum şi diminuarea consecutivă a secreţiei corpului tiroid, din cauza vascularizaţiilor colaterale excepţional de bogate dela laringe, trachee şi faringe. In sprijinul acestor constatări aduc dovadă rezultatele obţinute în cazuri similare. Experienţa noastră încă confirmă aceste observaţii.

Rezecţiunea în cazurile de hiper-tiroidism poate interesa porţii întinse din substanţa corpului tiroid fără pericolul provocării unor simptome de insuficienţă. După *Sudek* este suficient un rest de mărimea unei alune. *Noi lăsăm întotdeauna capsula posterioară şi laterală a corpului tiroid intactă*, pentru a nu distruge anastomozele arteriale retroglandulare, cari asigură alimentarea sanguină a paratiroidelor, chiar şi atunci când prin ligaturi am suprimat circulaţia prin tiroidienele inferioare.

Drenăm în toate cazurile pentru a împiedeca resorpţia în organism a secreţiei abundente din suprafaţa de secţiune a substanţei tiroide şi a asigura absorpţia ei prin materialul de pansat. Acest drenaj nu-l practicăm atât de întins ca să necesite o sutură secundară după tehnica lui *Crile* şi a lui *Schmieden.*

Rezultatele operatorii tardive sunt în funcţie de precocitatea intervenţiei, de rezecţiunea suficientă din glanda hiper-secretorie şi sunt în raport direct cu gravitatea bolii. Sunt în detrimentul vindecărilor tardive temporizările cu încercări de tratament radiologic în cazurile justificabile intervenţiei chirurgicale, cari impun o expectaţie de cel puţin 8 săptămâni pentru a aştepta dispariţia reacţiei hipertiroidiene. Indicaţia medicaţiei iodate trebue riguros fixată. Ea este a se administra numai subt un control serios, iar rezultatele furnizate vor indica conduita terapeutică.

Aceste consideraţiuni arată atitudinea noastră în domeniul acestei terapeutici, care a dus în cazurile noastre la vindecări cu deplină satisfacţie.

Bibliografie. König, Arch. Kln. Chirg 163, 1930. Läwen, Vereig. Nord. Chirurgen Jbl 1929. Payr, Handbuch der ges. Therapie 1928. Rahm und Haas, Bruns Beitr. 149, 1930. Rahm und Haas, Bruns Beitr. 147, 1929. Seifert, Jbl Chirurgie 12, 1931. Meyer, Jbl Chirurgie 15, 1932. Rahm, Jbl Chirurgie 8, 1930. Sainton, Paris-Medical 4, 1928. Kappis, Vorbeugung 1933. Marbè, Compt. read. dela Soc. 1918 Boothby und Haines, Oxygen therap. of. Amer. 1927. Mayo und Rankin, Technick der Tyroidect. Arch. franco-belg. 1927. Clute, J. amer. med. Assoc. 95. 389. Langeron, Gaz Hop. 1931, 36. Deszacques, Presse Med. 1930, 101. Plummer Boothby, Illiniois med. 1924, 46. Crile, Ann. Surg 1922, 75. Vuiliet, Rev. med. Suisse rom. 1930, 8. Bar, I. amer. med. Assoc. 92, 951. Abraham Troell, Acta chir. xand. 1930, 66.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)
PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes). — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthy'ène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMAN

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

LABORATORUL „MEDICIS“

București I., Str. Bărăției Nr. 48

Medicamente de mare valoare terapeutică.

FORTOGENE

Compoziția: 10% Calc. glicerofosforic, Extr. Kola și strichni, Vin de Malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos și osos. Gust delicios. Fl. orig. 350 gr.

Doza zilnică: 3 linguri de supă înaintea meselor pentru adulți
3 linguriță de cafea înaintea meselor pentru copii.

EUPECTIN-SIROP

Compoziția: Kaliumsulfo-guajacolic 4%, Ephedrină naturală o. 10% Nat. Benzoic 6%, Luminal natr. o. 10%, Codeină o. 10%, Chlor Ca. 2%, etc. Excipient. Sirop de portocale vanilat.

Indicațiuni: Expectorant și îndeosebi Calmant neîntrecut în: Tuse, Tuse convulsivă, Astm, Bronșita acută și cronică, Afecțiuni pulmonare. Acțiune terapeutică eficace frapantă. Gust foarte agreabil.

Doza zilnică: Adulți 3 linguri de supă.
Copii dela 3 ani: 2—3 linguriță de cafea.
Copii mai mici: Mai puțin, după apreciere.

Preparatele se pot avea la toate Farmaciile și Drogueriile din țară. Depozitele Engros de medicamente. **Pentru Sibiu,**

DEPOZITUL ENGROS

ALFRED ENGBER

Spitalul Militar Sibiu — Serviciul de boale interne.

Tratamentul supuraţiunilor pulmonare prin injecţiuni intravenoase de alcool

de

Medic Lt.-Colonel **Dr. Capitanovici Mihail**

Medic Lt. **Dr. Dumitrescu Atanase** şi Medic Lt. **Dr. Roşca Dumitru**

In cadrul supuraţiunilor pulmonare se înglobează în linii generenerale, bronşectaziile şi abcesele pulmonare.

Etiologia, des comună, a acestor afecţiuni variind însă evoluţia clinică a făcut pe multi autori să le aplice aceleaşi metode terapeutice. Ele sunt justiţiabile la început de un tratament medical şi când acesta eşuează, fără să se piardă mult timp în expectativă se consiliază intervenţia chirurgicală, fie lucrând indirect asupra colecţiei purulente prin colapso-terapie, fie prin operaţiuni directe ca: Pneumotomia sau exereza pulmonară. La aceste metode se mai adaogă bronchoscopia cu aspiraţia conţinutului purulent care în tot cazul necesită o tehnică de specialist. Ca tratament medical se caută să se susţină starea generală a bolnavului prin cura higeno-dietică, încercându-se în acelaş timp seroterapia ca şi autovaccino-terapia însă cu rezultate slabe. In cele specifice sau cu asociaţie fuzo-spirilară arsenicul dă bune rezultate, ca şi emetina mai ales în cele de origină amoebiană.

Tratamentul chirurgical fiind de un pronostic grav căci letalitatea în urma acestor intervenţiuni e considerabilă şi diferitele tratamente medicale nedând rezultatele aşteptate în 1931 LANDAU şi FAJGIN întrebuinţând alcoolul rectificat 20% în ser fiziologic pe cale endovenoasă în cazuri de endocardită malignă, observă acţiunea favorabilă asupra supuraţiunilor pulmonare şi publică 2 cazuri de bronsectazii tratate şi vindecate prin injecţiuni de alcool rectificat 20% în ser fiziologic pe cale endovenoasă.

Inspiraţi de rezultatele bune obţinute de LANDAU în 1931, întrebuinţăm şi noi într'un caz de bronşectazie tratamentul indicat de ei obţinând rezultat foarte bun; în urmă am mai aplicat acest tratament în diferite supuraţii pulmonare cu rezultate bune.

Am întrebuințat alcoolul rectificat în soluție de 20%, în ser fiziologic începând cu 10 cmc. pentru a mări progresiv cantitatea până am ajuns la 30 cmc. zilnic. După primele injecții se observă: scăderea temperaturei, diminuarea expectoratiei, mirosul fetid al halenei dispărut, ameliorarea stărei generale. In general n'am trecut de 15 injecțiuni la serie. Nu am avut nici un accident, bolnavii acuzând numai ușoare dureri pe traectul venei.

Alcoolul se întrebuințează „per os" în diferite infecțiuni de mult timp însă pe această cale nu dă rezultatele dorite căci suferă în ficat importante transformări.

Intrebuințat însă pe cale endovenoasă nu sufere nici o modificare, are un pneumotropism pozitiv, precum și un bacteriotropism, în situ excitând și puterea antimicrobiană a țesutului reticulo-endotelial pulmonar; toți acești factori contribue să dea rezultate mult superioare altor metode.

Dăm mai jos câteva din observațiunile bolnavilor tratați în serviciul nostru.

Observațiuni clinice.

I. caz. Bolnavul C. V. intră în serviciu pentru expectorație abondentă, febră. Pulmonar submat. ambele baze, raluri bronșice groase disemimate. Sputa expectorată în 24 ore, 250 cmc., depunându-se în trei straturi. Se face tratamentul cu emetină timp de 10 zile după care devine afebril, în rest însă nici o modificare. Se începeră tratamentul cu alcool rectificat 20% în ser fiziologic și se continuă 12 zile, începând cu 10 cmc. zilnic intravenos. După primele injecțiuni expectorația diminuă și fenomenele pulmonare se reduc. Bolnavul câștigă în greutate, expectorația ajungând la 50—60 cmc. zilnic. Ese din spital fiind concediat. La revenire se aplică din nou acelaș tratament și după 6 zile expectorația ajunge la 20 cmc. zilnic. A crescut mult în greutate, starea generală foarte bună, fenomenele pulmonare dispărute.

II. caz. Frt. H. L. intră în serviciu pentru dureri în piept și expectorație abundentă. Pulmonar prezintă o sonoritate exagerată pe întreg câmpul pulmonar, raluri bronșice groase accentuate în fosa subclaviculară dreaptă, având caracterul de raluri umede.

Expectorează o spută muco-purulentă care se depune în trei straturi în cantitate de 180 cmc. în 24 ore. Halena fetidă.

Se institue tratamentul cu alcool rectificat 20% în ser fiziologic. Se începe cu 10 cmc. intravenos, după care se mărește progresiv doza ajungând până la 30 cmc. zilnic. Se observă chiar după pri-

mele injecțiuni cum sputa diminuă în cantitate ajungând la 60 cmc. Bolnavul ese din spital mult ameliorat, fenomenele pulmonare aproape dispărute.

III. caz. Sold. D. I. intră în serviciu pentru expectorație abundentă striată de sânge. Pulmonar prezintă sonoritate exagerată raluri bronșice groase accentuate la baze, febricitează. Expectorează 70 cmc. de spută muco-purulentă în 24 de ore, care se depune în trei straturi.

Se administrează tratamentul cu alcool în doze crescânde începând cu 10 cmc. și după o cură de 15 injecțiuni sputa ajunge la cantitate de 20 cmc. în 24 de ore. Ese din spital cu o stare generală bună, fenomenele stetacustice dispărute aproape complect.

IV. caz. Sold. K. F. intră în serviciu pentru tuse și expectorație abundentă. Raluri bronșice groase la ambele baze cu respirația suflantă. Sputa muco-purulentă, 60 cmc. în 24 de ore.

I se administrează alcoolul după care expectorația diminuă progresiv pentru ca la sfârșitul curei să ajungă la 20 cmc. în 24 de ore. Starea generală se îmbunătățește, bolnavul câștigă în greutate, este afebril și ese din spital mult ameliorat.

V. caz. Capor. D. I. intră în serviciu pentru expectorație abundentă și tuse. Pulmonar, raluri, bronșice groase diseminate accentuate la baza dreaptă și respirație suflantă. Expectorează muco-purulent 170 cmc. în 24 de ore.

Se încearcă tratamentul cu alcool și sputa diminuă progresiv ajungând după 15 injecțiuni la 20 cmc. în 24 de ore. Ese din spital cu fenomenele pulmonare aproape dispărute și o stare generală destul de bună.

VI. caz. Sold. N. B. intră în serviciu cu pneumonie stg. La sfârșitul pneumoniei bolnavul rămâne cu o expectorație abundentă de 60—70 cmc. în 24 de ore, care nu cedează cu celelalte tratamente.

Se încearcă și alcoolul pe cale venoasă și numai după câteva zile expectorația diminuă și ajunge la 20 cmc. în 24 de ore.

Din citarea observațiilor anterioare reese că alcooloterapia intravenoasă în supurațiile pulmonare dă rezultate evidente; din observația ultimă reese că această alcooloterapie are și un efect preventiv în aceste afecțiuni. In acest scop am utilizat acest mijloc în mai multe cazuri de pneumonii prelungite, congestii pulmonare cu rezorbie lentă, bronșite cronice cu puseuri ce trădau un început de supurație pulmonară. Insistăm asupra efectului preventiv în afecțiunile ce preced supurațiile pulmonare, efect ce ar putea evita tratamentul îndelungat și penibil al acestor afecțiuni.

Puncţia rachidiană repetată în tratamentul Schizofreniei

de

Dr. Liviu Ionaşiu şi **Dr. Cornel Lungu**
medic primar, director — medic secundar
la Spitalul de boli mintale Sibiu.

Bolnavii de Schizofrenie ocupă aproape jumătate din numărul total al bolnavilor mintali din spitalele de specialitate. Cercetările făcute asupra cauzalităţii acestei boli au dat prea puţine rezultate prin cari să se poată explica boala şi diferitele ei forme.

In serviciul nostru se face aproape tuturor bolnavilor câte o puncţie lombară pentru examinarea lichidului cefalo-rachidian. Am observat că bolnavii suferind de Schizofrenie formă catatonică, cărora li s'au repetat puncţiile, au eşit cu mult mai repede din această stare. Unii în scurt timp s'au ameliorat aşa de mult — ca să nu zicem vindecat — încât au putut fi luaţi de familie, continuându-şi ocupaţiile de înainte de boală.

Acest fapt ne-a îndemnat ca la o serie de bolnavi schizofrenici cu diferite forme să întreprindem un tratament cu puncţii rachidiene repetate. Rezultatul a fost surprinzător, mai ales când avem în vedere că unii dintre bolnavi sunt de peste 10 ani în spital fără ca tabloul lor clinic să se fi modificat prin vre-un tratament anterior.

La toţi aceşti bolnavi am găsit presiunea lichidului cefalo-rachidian, măsurată cu aparatul Claude, mărită.

S'au făcut între 4—20 puncţii la intervale de 3—5 zile. Cantitatea lichidului luat la o puncţie variază între 15—50 cm.^{3}, reducându-se de fiecare dată presiunea la normal. Cantitatea totală a lichidului extras variază între 48 cm.^{3} până la 523 cm.^{3}. La bolnavii a căror vechime este între 1—1½ an au fost de ajuns maximum 5 puncţii cu o cantitate totală de 120 cm.^{3} ca starea lor să se amelioreze simţitor.

Vom continua cu cercetările şi investigaţiile biologice, iar rezultatele obţinute le vom publica ulterior. De astădată expunem numai observaţiunile clinice a câtorva dintre bolnavii trataţi cu puncţii rachidiene repetate.

Obs. I.

T. E. 27 ani, student, internat la 5/VI. 1933 fiind bolnav de 4 luni.

Diagn.: Schizofrenie.

Starea prezentă: indiferent, negativist, bizar, gatos, mutism, din când în când raptusuri. După opoterapie şi electro-terapie nici o schimbare. In 19/X. 1933 face prima puncţie. I se face în total 4 puncţii extrăgându-se în total 94 cm.^{3} lichid. După 2 puncţii începe a vorbi, se interesează de familia sa, scrie, începe a lucra şi a ceti. La 5/XII. 1933 părăseşte spitalul foarte mult ameliorat. Nu s'a mai reîntors, acasă continuă a fi bine.

Obs. II.

B. I. 27 ani, plugar, internat la 4/IX. 1933 fiind bolnav de 3 luni.

Diagn. Schizofrenie catatonică.

La primire catatonic, negativist, refuză alimentele, e nutrit artificial, nu vorbeşte. Somatic nimic deosebit. R. W. negativ.

I se fac în total 4 puncţii rachidiene extrăgându-i-se în tota 108 cm.^{3} lichid. După a 2-a puncţie a eşit din catatonie, se nutreşte singur, vorbeşte. Părăseşte spitalul în 27/XI. 1933 în stare foarte bună. Din informaţiile familiei acasă se comportă bine, lucrează.

Obs. III.

M. I. 33 ani, zidar, internat la 23/VIII. 1933 fiind bolnav de 4 săptămâni.

Diagn. Schizofrenie.

La primire indiferent, bizar, neglijent, negativist. Somatic nimic deosebit. R. W. în sânge şi lichid negativ. Boala evoluează spre o formă catatonică, cu refuz de alimente. Din când în când raptusuri.

Se fac în total 5 puncţii rachidiene, extrăgându-i-se în total 120 cm.^{3} lichid cefalo-rachidian. După a doua puncţie a eşit din catatonie. Părăseşte spitalul în 26/XI. 1933 în stare foarte bună. A fost reexaminat în două rânduri. Acasă continuă a fi bine, lucrează, se comportă bine.

Obs. IV.

I. G. 30 ani, internat la 17/VIII. 1927.

Diagn. Schizofrenie.

Bizar, neglijent, negativist, steriotip, inafectiv, gatos. Din când în când catatonic cu refuz de alimente.

După două puncţii rachidiene extrăgându-i-se în total 48 cm.^{3} de lichid cefalo-rachidian, — starea lui s'a ameliorat foarte mult. A început să vorbească, să se intereseze de familia sa. Părăseşte spitalul în 12/X. 1933. Din informaţiile familiei acasă se comportă bine, lucrează, este însă retras şi din când în când mai puţin comunicativ.

Obs. V.

M. P. 21 ani, pantofar, internat la 19/XII. 1932 fiind bolnav de 3 luni.

Diagn. Schizofrenie.

Autist, inafectiv, bizar, negativist, mutism, refuz de alimente, gatos. Din când în când catatonic.

I s'a făcut până în prezent 5 puncţii extrăgându-i-se în total 152 cm.^{3} lichid cefalo-rachidian.

In prezent este sculat din pat, lucrează, se comportă şi se nutreşte bine, a câştigat în greutate. Se continuă tratamentul.

Obs. VI.

Sch. I. 32 ani, student, internat la 14/VI. 1927.

Diagn. Schizofrenie catatonică.

In anii din urmă catatonic, gatos, ţinut la pat, negativist, indiferent, mutism.

I s'a făcut până în prezent 20 puncţii rachidiene extrăgându-i-se în total 523 cm.^{3} lichid cefalo-rachidian. După a 8-a puncţie a eşit din catatonie şi a cedat din negativism. După a 14-a puncţie a început să vorbească, să răspundă la întrebări. In prezent este sculat din pat, nu mai este gatos, citeşte, corespondează cu familia, este orientat bine în timp şi spaţiu, cât şi asupra persoanei sale. Se alimentează bine, a câştigat în greutate. Bolnavul trebue reeducat.

Obs. VII.

T. W. 30 ani, student, internat la 27/I. 1926 fiind bolnav din anul 1924.

Diagn. Schizofrenie catatonică.

In anii din urmă catatonic, gatos, ţinut la pat, negativist, mutism.

I s'a făcut până în prezent 16 puncţii extrăgându-i-se în total 521 cm.^{3} lichid cefalo-rachidian. După a 10-a puncţie a eşit din catatonie, a cedat din negativism, a început să răspundă la întrebări. Bolnavul trebue reeducat. In prezent este sculat din pat, nu mai e gatos, citeşte, corespondează cu familia, frequentează spectacole. Este însă retras şi lipsit de iniţiativă.

Obs. VIII.

R. E. 25 ani student, fiind reinternat la 5/VII. 1933.

Bolnav mental din 1930.

Diagn. Schizofrenie.

Catatonic, gatos, ţinut la pat, negativist, din când în când refuz de alimente, nutrit artificial, mutism. I s'a făcut până în prezent 10 puncţii extrăgându-i-se în total 256 cm.^{3} lichid cefalo rachidian. In prezent este sculat din pat, nu mai este gatos, merge la plimbare, cântă la pian, începe a arăta interes. Tratamentul se continuă.

Ghiață naturală

ca focar de infecțiune, în epidemia de febră tifoidă din Sibiu, la anul 1932.

In zilele de 12 și 14 Septemvrie 1932, Serviciul Sanitar al Municipiului Sibiu primește declararea alor 12 cazuri de febră tifoidă. Deși această maladie este endemică în orașul nostru, totuși un număr de 12 cazuri apărute numai în 2 zile ne-a alarmat, făcându-ne să punem tot personalul serviciului sanitar în mișcare pentru a găsi sursa acestor îmbolnăviri în masă și pentru a preveni o eventuală epidemie de proporție mai mare.

Sibiul nostru a fost în trecut câmpul a trei mari epidemii de febră tifoidă. Prima în anul 1905, când s'au îmbolnăvit 427 de persoane, arătând o mortalitate de 39 de persoane adică 9·1%; a doua în anul 1908 cu 443 de îmbolnăviri și 39 de cazuri mortale cu 8·8%; iar a treia în anul 1917, cu 795 de îmbolnăviri și 49 de cazuri mortale, cu 6·15%. Toate aceste epidemii cu caracter explosiv s'au dovedit a fi fost provocate prin apa de băut, provenită direct din apaductul, care alimentează orașul. Cunoscând trecutul acestor epidemii, a fost apropiată de gândul nostru ideea, că și de astădată ar putea fi vorba tot de o epidemie explosivă, provocată tot de apa de băut, căci se constatase la epidemiile anterioare că apa fântânilor colectoare din Valea Șevis era contaminată. Am procedat deci numai decât la examinarea minuțioasă a funcționării uzinelor de ozonizare, aflătoare în pădurea Dumbrăvii și la examinarea bacteriologică a apei potabile din conductele cari formează arterele principale, atât înainte de a ajunge la uzinele de ozonizare cât și după desinfecțiunea lor în aceste uzine. Concomitent și pentru a nu pierde timpul prețios, am întocmit un *Chestionar*, pe care l-am multiplicat și l-am pus la dispoziția medicilor oficiali și particulari, încă în prima zi a cercetărilor.

In vederea prevenirei și combaterei febrei tifoide, care a apărut în mai multe cazuri în orașul nostru, am rugat pe colegi a răspunde la următoarele :

1. Numele, pronumele şi vârsta pacientului: 2. Locul naşterii lui; 3. De când locuieşte în Sibiu; 4. Locuinţa actuală şi numărul casei; 5. Data de când e bolnav; 6. Data declarării bolnavului; 7. Data confirmării diagnosticului; 8. Cu ce bolnavi a avut pacientul întâlnire în ultima lună?; 9. Cari comune le-a vizitat în ultima lună?; 10. De unde se alimentează: *a)* cu apă, *b)* cu lapte, *c)* cu fructe şi zarzavat, *d)* prăvălia şi numele negustorului de unde cumpără alimentele, *e)* dacă fructele sau zarzavaturile au fost răcite pe ghiaţă naturală?; 11. Cum şi unde s'a făcut izolarea bolnavului?; 12. In cazul izolării la domiciliu s'a afişat tăbliţa cu inscripţiu „Boală molipsitoare"?; 13. Ce instrucţiunii s'au dat persoanelor cari îngrijesc bolnavul şi membrilor familiei, cu privire la desinfecţia continuă la patul bolnavului şi cu privire la desinfecţia fecaliilor, urinelor, sputei, a rufelor şi obiectelor de contact?; 14. Socotiţi necesară o vaccinare preventivă în mediul familiar?; 15. Ce măsuri credeţi că trebuiesc luate prin autoritatea administrativă sau poliţienească pentru împiedecarea epidemiei?; 16. Ce instrucţiuni aţi dat bolnavului în timpul convalescenţei?; 17. Socotiţi necesară examinarea fecaliilor convalescenţilor pentru a determina pe eventuali excretori sau purtători de germeni?; 18. Cum s'a făcut desinfecţia terminală?; 19. Ce fel de alte măsuri aţi luat s'au propuneţi a se lua pentru împiedecarea răspândirei boalei?.

Ţinem să observăm că arterele principale cari formează conductele apaductului nostru, se alimentează din două ţinuturi deosebite şi anume:

1 Din ţinutul împădurit al Păltinişului, care la o altitudine de 1300—1500 metri adăposteşte mai multe sute de isvoare captate. Apa acestor isvoare se canalizează într'o conductă principală, care trecând prin valea Stezei, atinge comuna Răşinari şi ajunge în pădurea Dumbrăvei la uzina de ozonizare.

2. A doua arteră principală, adună apa din mai multe fântâni colectoare săpate în valea Şevis, condusă fiind deasemenea la uzina de ozonizare.

La examinări bacteriologice anterioare, făcute atât la apa luată direct la sursă, din isvoarele Păltinişului, cât şi la apa luată din conducta principală, care a colectat apa tuturor acestor isvoare s'a găsit o apă pură, neconţinând nici un fel de germeni. Examenele făcute la apa provenită di fântânile colectoare a văii Şevis n'au fost totdeauna satisfăcătoare, deoarece cu ajutorul de chemicalii colorante s'a constatat că există căi de infiltraţie între suprafaţă şi între adâncime, prin fisuri subterane şi că deci această apă poate fi

susceptibilă de orice impurificări de suprafaţă, cari impurificări sunt cu atât mai periculoase cu cât valea (care în mod neîndoios alimentează fântânile colectoare) se scurge prin comuna Răşinari unde febra tifoidă este endemică.

Examenele bacteriologice făcute în repetate rânduri la apa potabilă, care ieşea din uzina de ozonizare şi deci era trecută printr'un perfect sistem de desinfectare au dat totdeauna rezultate negative, calificând apa printre cele mai bune.

Epidemiile din anul 1905 şi 1908 stă în strânsă legătură cu lucrările de augumentare a fântânilor colectoarea, când nivelul apei din vechile şi noile fântâni a scăzut simţitor; epidemia din 1917 se datoreşte unei defecţiuni la uzina de ozonizare, constatată la aceea dată. Aceste împrejurări explică îndeajuns epidemiile explosive din acei ani.

In ziua de 13 Septemvrie am făcut publicaţii în gazetele locale prin cari informam publicul sibian asupra pericolului epidemiei ce ne aşteaptă, dând în acelaş timp şi instrucţiunile cuvenite privitoare la igiena şi curăţenia corporală şi la felul cum se poate evita contagiunea. Telegrafic am comandat dela Institutul Dr. Cantacuzino vaccin anti-tific.

Am procedat numai decât la verificarea diagnosticului la cazurile declarate, făcând haemocultura la cazurile recente şi reacţia Widal la cazurile mai vechi. Intre timp cazurile noi declarate sporeau mereu. Trebuie să observ că chiar cele dintâi cazuri erau diseminate pe întreg teritoriul oraşului, cele mai multe cazuri fiind singuratice la unele familii şi numai în trei cazuri erau câte două îmbolnăviri în aceiaş familie. Apariţia diseminată a boalei ne dădea suspiciunea logică, de a căuta sursa de infecţiune în apa potabilă din apaduct, explicând numărul relativ mic, la aceea dată, pentru o astfel de presupunere în împrejurarea, că ultimele epidemii a putut imuniza cea mai mare parte a populaţiunei băştinaşe în urma boalei deja suferite. De aceea la întocmirea chestionarului am pus pond, pe locul de naştere a noilor bolnavi, precum şi pe timpul de când aceştia locuiesc în Sibiu.

Adunarea datelor privitoare la rezultatul analizelor bacteriologice a apelor examinate, cele privitoare la confirmarea diagnosticului, precum şi răspunsurile date la chestionar le-am totalizat, astfel că la câteva zile în urmă am avut date foarte preţioase. Am constatat anume că uzina de ozonizare a funcţionat fără întrerupere zi şi noapte tot timpul, începând din luna Martie, până la această dată, aprovizionarea cu apă potabilă a oraşului făcându-se exclusiv numai cu apă provenită din isvoarele dela Păltiniş, (suficientă pentru întreaga populaţie) fiind astfel fără nici un dubiu, ireproşabilă.

Luarea probelor pentru analiza bacteriologică a fost făcută de către noi personal în sticle sterilizate şi astupate cu dopuri noui de plută, fierte în prealabil. Examinarea s'a făcut în primele ore după recoltare, la laboratorul Spitalului Public. Rezultatul analizei bacteriologice a apei din conducta fântânilor colectoare a dat după scara colimetrică a lui Vincent 50 de colibacili pe litru, iar după procedeul de diluţie şi însemânţări (scara Miquel) urmărită timp de 10 zile a dat 600 de germeni pe centimetru cub la acelaş apă. Rezultatul apelor provenite din conductele de apă a izvoarelor dela Păltiniş, precum şi a apelor trecute prin uzina de ozonizare au dat rezultate absolut negative, atât cu privire la scara Vincent, cât şi cu privire la scara Miquel, neaflându-se nici un bacil coli şi nici alţi germeni în apa examinată. Rezultă deci că apa potabilă, putea fi astfel exclusă ca sursă de infecţiune.

Ca răspuns la întrebările din chestionar am avut în 8 cazuri diagnosticul confirmat prin haemocultură pozitivă, iar în alte 4 cazuri confirmat prin Widal pozitiv. Simptomele clinice confirmau pe deplin existenţa boalei. Cel mai concludent şi preţios indiciu asupra sursei de infecţiune a făcut-o răspunsul la punct 10 din chestionar, prin care ni se făcea dovada că toţi cei îmbolnăviţi au consumat pepeni, pe lângă alte fructe şi zarzavaturi. Luând acest consum de pepeni ca punct de plecare am continuat cercetările noastre la diferitele bărăci şi prăvălii, cari se ocupă cu vânzarea lor. A fost surprinzător de a constata cum aceşti negustori vindeau consumatorilor pepeni tăiaţi în felii sau lubeniţe cepuite şi răcite pe ghiaţă, expunându-i nu numai la impurificări prin praf, contact şi aer, dar mai cu seamă la impurificări prin ghiaţă, care în cele mai multe cazuri chiar la primul aspect făcea o impresie detestabilă. Am luat pentru analiză felii din aceşti pepeni, precum şi apă provenită din ghiaţă topită şi recoltată în sticle absolut sterile. Rezultatul analizei acestei ape a fost hotărâtoare pentru tot mersul ulterior al epidemiei, căci s'a constatat că ghiaţa era impurificată prezentând după scara colimetrică a lui Vincent un număr de 4—6000 de colibacili pe litru de apă. Odată acest rezultat obţinut am urmat cu analizele noastre şi la marile depozite de ghiaţă naturală, de unde sus amintiţii negustori erau aprovizionaţi cu ghiaţă. Apa provenită prin topirea gheţei şi recoltată lege artis ne-a dat de asemenea ca rezultat 4000 de colibacili pe litru de apă. Mai departe ne-am convins că această ghiaţă era transportată în gheţarele amintite din râul Cibin şi din lacurile şi văile aferente ale acestui râu.

Interesându-ne de mersul epidemiologic al febrei tifoide în judeţul nostru, am aflat că în toamna anului 1931 a bântuit febra tifoidă

în comunele Gura Râului, Orlat, Cristian şi Turnişor. Toate aceste comune se găsesc pe malurile râului Cibin, din sus de oraşul nostru, la o depărtare de puţini chilometrii. Aceste comune contaminate, explicau impurificarea apei râului Cibin şi deci şi a gheţei acestei ape, căci populaţiunea numitelor comune spăla rufele bolnavilor şi îşi vărsau dejectele în apa acestui râu. Constatând aceste lucruri se explica dintr'odată sursa de infecţiune în această epidemie. Am luat deci următoarele măsuri de ordin sanitar pentru împiedecarea răspândirei boalei.

1. Publicul a fost avertizat asupra impurificării apei Cibinului, precum şi a gheţei naturale recoltată din acest râu. 2. Am interzis folosirea gheţei naturale la răcirea oricăror alimente şi băuturi. 3. Am dispus nimicirea tuturor pepenilor răciţi pe ghiaţă naturală sau tăiaţi în felii şi cepuiţi. 4. Am izolat în spitalul local toţi bolnavii, cari nu prezentau garanţii suficiente pentru a putea fi bine izolaţi la domiciliu. 5. Am anunţat vaccinări preventive la cei ce s'ar anunţa benevol, sau la cei cari ar fi obligaţi a veni în contact cu bolnavii.

Constatările făcute cu privire la impurificarea gheţei naturale, care impurificare a servit ca izvor de infecţiune, s'au arătat ulterior ca fondate, căci prin măsurile luate, epidemia s'a stins imediat ce această sursă a putut fi delăturată.

In cursul toamnei anului 1932 s'au declarat în total 48 de cazuri de îmbolnăviri, a căror diagnostic a fost verificat atât prin laborator, cât şi prin examen clinic.

Din aceştia au murit în total 6 persoane, dând astfel o mortalitate de 12.5%. La o populaţiune de 48.540 de locuitori, morbiditatea specifică se cifrează la 1 la mie. Imbolnăvirea prin contact s'a întâmplat într'un singur caz, unde o mamă s'a contaminat dela fiul pe care-l îngrijise.

In privinţa vaccinărilor preventive am fost foarte precauţi şi n'am vaccinat decât în cazurile, când o infecţiune în orice stadiu a putut fi exclusă cu siguranţă.

In literatura medicală asupra febrei tifoide s'au putut constata până în prezent foarte puţine cazuri de epidemii provocate prin ghiaţă şi am ţinut să public acest rar caz de sursă de infecţiune, care a cauzat epidemia de febră tifoidă din oraşul nostru în toamna anului 1932. Se verifică încă odată posibilitatea ca bacilul tific să poată trăi pe ghiaţă chiar şi mai multe luni.

Pentru a evita în viitor apariţia unei noui epidemii, care să se propage prin ghiaţă naturală, a trebuit să luăm măsuri, cari să

oprească cu desăvârşire întrebuinţarea gheţei naturale la răcirea alimentelor şi băuturilor.

Primăria Municipiului nostru a făcut o fabrică de ghiaţă artificială la Abatorul Oraşului, cu o capacitate de producţie de circa 2000 Kgr. pe zi. In oraş mai există încă două fabrici de ghiaţă artificială, cu o capacitate mai redusă de producţie. Cu toată cantitatea de ghiaţă artificială ce se poate produce în aceste fabrici, totuşi necesităţile oraşului nostru întrec cu mult consumul de ghiaţă zilnică şi în consecinţă a trebuit să găsim modalitatea de a nu lăsa oraşul neaprovizionat cu ghiaţă suficientă pe timp de vară. Am dispus deci ca ghiaţa naturală să poată fi totuşi folosită, însă numai în cazul când atingerea directă a alimentelor şi băuturilor a putut fi pe deplin asigurată. Astfel am permis întrebuinţarea gheţei naturale la marile depozite de bere în aşa zisele răcitori (Kühlräume) unde nici chiar butoaiele de bere nu vin în contact cu ghiaţa, deoarece sunt izolate de obiceiu prin pereţi de tablă în dosul cărora aceasta este aşezată. S'a mai permis întrebuinţarea gheţei naturale în restaurantele şi cârciumele, cari dispun de frigolifere capitonate cu tablă şi cari frigolifere sunt umplute zilnic de către depozitar pe răspunderea lui, obligat fiind a le închide cu lacăt şi a păstra cheia lacătului la sine; astfel ca restauratorul sau cârciumarul să nu aibă posibilitatea de a comercializa ghiaţa sau de a o aduce în direct contact cu alimentele sau băuturile.

Dr. Ion Sturza
medic şef al Municipiului Sibiu.

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

Consideraţiuni asupra pietrelor pulmonare

de

Dr. Cornel Manta şi **Dr. Remus Moga.**

Pietrele pulmonare, prin faptul că nu au o simptomalogie clinică aşa de alarmantă ca alte concreţiuni formate în organism, nu li s'a dat importanţa cuvenită. Totuşi prin apariţiunea lor în anumite stări clinice cum reese şi din observaţia noastră, credem că merită să fie relevate.

Observaţia.

A. H. fiică de lucrător de fabrică, în etate de 19 ani, fără profesiune şi necăsătorită. Domiciliată în Sibiu.

Antecedente heredo-colaterale: mama moartă la etatea de 33 ani de tuberculoză pulmonară.

Antecedente personale: suferea din când în când de cefalee şi dureri de gât.

Boala a debutat bruse în urma unui efort cu hemoptizie, aproximativ 200 cmc. de sânge. Intră imediat în tatamentul unui medic care-i prescrie repaus şi Opocalcium. După un timp de 2 luni începe a slăbi, tuşeşte şi se plânge de dureri în hemitoracele stâng, din care cauză intră la spital la data de 28 Octomvrie 1932.

Starea prezentă: aspect general mulţumitor. Sistem osos intact. Ţesutul celulo-adipos şi muscular puţin redus. Tegumentele mai palide cu mucoasele vizibile anemice.

Greutatea corporală: 45 kg.

Temperatura: 38°.

Sistemul osos şi aparatul circulator: normal.

Aparatul respirator: Submatitate la percuţie asupra 2/3 sup. a hemitoracelui stâng şi vârful pulmonar drept. Respiraţia suflantă cu raluri sbcrepitante asupra hemitoracelui stâng.

Abdomenul şi tubul digestiv: Inapetenţă, limba uşor încărcată.

Examenul sputei: Baccilul Koch în spută pozitiv.

Reacţia Wassermann din sânge: negativ.

Examenul radiologic: Obscuritatea vârfurilor pulmonare, fără clarifiere la tusă. Marmorizaţiuni întinse ale câmpurilor pulmonare cu predominenţa celui stâng. Hemidiafragmul stâng hipomobil.

Mersul boalei: Dela intrarea în spital urmează timp de aproape 5 luni un tratament igieno-dietetic şi medicamentos. In tot acest timp pe lângă o ameliorare temporară a stărei generale procesul pulmonar rămâne neinfluenţabil. Hotărâm deci începerea unei Crysotherapie cu Solganal.

In ziua de 23/III. 1933 se administrează intravenos 0,005 mlg. Solganal, preparat de aur organic conţinând 36,5% aur. După câteva ore dela injecţie bolnava se plânge de mâncărimea pielei urmată de o erupţie cutanată eritematoasă care însă dispare încă în aceeaş zi spre seară. Bolnava este somnolentă.

A doua zi prezintă o mică hemoptizie.

După a doua injecţie de Solganal — administrată cu câteva zile în urmă — se repetă aceleaşi simptome, iar în ziua următoare acuză dureri retrosternale cu iradiere în spre fosa suprasternală, tusă, uşoară anxietate şi câteva spute hemoptice urmate de eliminarea unui calcul de mărimea unei boabe de fasole, de consistenţă dură şi culoare cenuşie. După alte două injecţii de Solganal bolnava mai elimină 2 calculi mai mici de aceiaşi consistenţă şi culoare. Starea generală a bolnavei n'a avut de suferit din cauza eliminării celor 3 calculi, urmând tratamentul cu Solganal mai departe până la doza totală de 2 grm. fără vre-un inconvenient mai serios.

* * *

Prezentăm pe scurt istoricul şi descrierea anatomo-patologică şi pato-genetică a acestor calculi pulmonari şi observaţia făcută în legătură cu cazul nostru.

Arneuille şi *Bordet* în Patalogia Medicală Tom. III. spun că deşi *Aristot* şi *Galien* în scrierile lor amintesc de aceste formaţiuni, totuşi în timpul din urmă s'a insistat puţin asupra lor. *Laënnec*, *Broussais* şi *Bayle* admit ca frecventă etiologia lor tuberculoasă, cel din urmă descriind chiar o ftizie calculoasă. *Poulalion* în teza sa insistă mai mult asurpa importanţei lor în legătură cu studiul radiologic concomitent.

In ce priveşte anatomia patologică, când locul lor de formaţiune este în plin ţesut pulmonar se numesc: pneumoliţi, iar când sediul este în bronşii: broncholiţi.

Pneumoliţii se împart în:

a) P. cartilaginoşi, având consistenţă de cartilagiu, fiind formaţi din ţesut fibroid într'o leziune pulmonară scleroasă. Prezenţa unui ţesut cartilaginos indică mai mult un proces neoplazic decât inflamatoriu, provenind din cartilagiile bronchiilor sau pleurei.

b) P. osoşi. In afară de cei ce nasc din bronşii uneori pot apare în plin ţesut pulmonar. *Puhl, Ranke* şi *Aschoff* descriu anatomia patologică a nodului de regulă subpleural sau intra pulmonar, de prima infecţiune baccilară care în faza lui finală are o capsulă formată din ţesut hialin, fibros, o formaţiune interioară histologică de os veritabil. Pe când aceste au o origine baccilară altele pot fi de natură neoplasică.

c) P. calcaroşi, cei mai frecvenţi, de mărimea unei boabe de mazăre, consistenţă dură, un adevărat tubercul calcar baccilar. Sunt formate din fosfaţi de calciu şi câteva materii organice. Alte origini sunt mai rare şi nu vin în discuţie.

Eliminarea lor se face în urma progresiunei inflamaţiunei din jurul lor spre păretele bronşial cu deschiderea lor în lumenul bronşial.

Bronholiţii nasc în interiorul bronşilor, formaţi dintr'un nucleu central septic purulent şi impregnaţi cu săruri de fosfaţi. De obiceiu au formă rotundă uneori cu aspect ramificat. Se produc în afecţiunile cronice supurative şi destructive bronşice.

In ce priveşte patogenia acestor pietri pulmonare exceptând cele neoplasice şi cele unde distrucţiunea bronşică printr'un proces necrotic poate fi dovedită restul şi cele mai frecvente sunt de natură inflamatorie cronică. Legătura lor cu tuberculoza pulmonară este în general admisă în sensul că o calcifiere urmează unui proces de cazeificare. Colesterina şi acizii graşi fac apel la sărurile de calciu constiuind aceste formaţiuni calcaroase cari aduc o stare de demineralizare a organismului favorizând aparitiunea secundară a unei turberculoze pulmonare. In tot cazul problema putogenetică nu-i deplin clarificată şi trebueşte primită cu rezervă încă opiniunea lui *Eppiner* care ar fi izolat un Cladotrix ca agent patogen.

Simptomatologia migraţiunei este foarte variată dela simpla observaţie accidentală în scuipătoarea bolnavului până la forme impresionabile cu senzaţia de jenă retrosternală cu stare de anxietate. „Astmul calculos al lui Coullen" este cunoscut. Hemoptiziile uşoare nu sunt rare iar complicaţiuni bronho pneumonice şi pleurale nu sunt excluse.

In ce priveşte observaţia noastră clinică se rezumă la aparitiunea acestor colici pulmonare cu eliminarea a trei calculi în cursul

tratamentului tuberculozei pulmonare cu injecţii de Solganal. Remarcăm aceasta operaţiune fără a avea pretenţiunea de a o atribui numai administrărei acestui medicament. Totuşi pe lângă reacţiunile generale provocate de medicament este de sigur şi o reacţiune de focar tot atât de intensă, dovadă sputele hemoptoice şi probabil congestia perifocală în cazul de faţă în jurul acestor formaţiuni calcaroase le-a favorizat migraţiunea spre o bronşie vecină.

In ce priveşte colica a avut o simptomatologie caracterizată printr'o durere retrosternală cu iradiere în fosa suprasternală, şi o stare de anxietate. Notăm iradierea în gât ca un simptom pe care-l credem important în diagnostic.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piaţa Unirii Nr. 7. (înapoi în curte)

Furnizăm :

Toate lucrările de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU : Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile : Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar în parturaţie

de

Dr. Horaţiu Tănăsescu
Medic Primar al Secţiei Obstetricale din Sibiu

Problema modificărilor terapeutice a contractilităţei uterine pare a fi astăzi, în bună parte, rezolvată, în urma descoperirei extractului lobului posterior al hypophyzei.

Intr'adevăr, extractul hipophyzar este foarte întrebuinţat actualmente, fiind preconizat de majoritatea obstetricienilor.

Trebue să recunoaştem însă, că şi această medicaţiune îşi are detractorii săi convinşi, în urma accidentelor observate în întrebuinţarea sa.

La prima vedere s'ar părea chiar, că această substanţă în special activă, n'ar avea decât admiratori s'au detractori absoluţi. In realitate însă, se pare că şi pentru extractul hypophyzar, — ca şi pentru celelalte medicamente, există indicaţiuni şi contra-indicaţiuni, ceiace ne-a determinat a încerca o punere la punct a acestei probleme.

ISTORIC. — Intrebuinţarea exactului hypophyzar în obstetrică, se datoreşte descoperirei făcută de DALE (DALE, H., J. Of. Physiol, 34, 163, (1906), care a arătat influenţa acestui extract asupra tonusului muşchiului uterin.

Cercetările făcute ulterior asupra glandei hypophyzare au arătat marele rol, care îl joacă această glandă în economia corpului omenesc, şi că hormonii produşi la nivelul hypophyzei sunt într'un număr atât de mare, încât s'ar putea afirma că studiul hypopyzei constitue unul din terenurile cele mai bogate ale endocrinologiei moderne.

Hormoanele s'au substanţele produse de hypophyză sunt, mai mult sau mai puţin, separabile unele de altele.

Se ştie că lobul hypophyzar anterior produce unele substanţe care activează asupra creşterei, altele care stimulează thyroida, cortico-supra-renala, pancreasul, glanda mamară; — unele stimulează metabolizmul grăsimilor, altele acţionează asupra metabolizmului hydrocarbonatelor (EVANS H., J. amer. med. Assoc., 101, 425 (1933).

Se ştie apoi, că lobul hypophyzar posterior furnizează, — în opoziţie cu lobul anterior, — o substanţă care acţionează asupra

durerilor de facere, designată în literatură sub denumirea de „Oxytocin", iar alta care ridică tensiunea, designată sub denumirea de „Vasopressin", (KAMM, O., T. B. ALDRICH, I. W. GROTE, L. W. ROWE and E. P. BUGBEE, J. amer. chem. Soc. 50, 573, (1928),

Punerea în practică a cercetărilor făcute asupra hormonilor hypophyzari întâmpină încă mari dificultăți.

Tehnica preparărilor acestor extracte a făcut un progres incontestabil când s'a reușit a se obține extracte fără albumină, însă nu s'a putut totuși ajunge la extracte care să prezinte o activitate bine determinată.

In ceeace privește extactul lobului posterior al hypophyzei se discută încă, dacă am avea într'adevăr doi hormoni diferiți (Oxytocin și Vasopressin), și nu ar fi vorba de un produs artificial al curățirei extractelor.

Deoarece se pune la îndoială valoarea practică a diferențierei extractului lobului posterior al hypophyzei în Oxytocin și Vasopressin, se fabrică mai mult actualmente, extracte nefracționate în acest mod.

Dar dacă tehnica lasă de dorit în privința efectuărei de extracte cu o activitate bine determinată, — același lucru se poate spune și despre standardizarea biologică a extractului lobului posterior al hypophyzei.

Dozarea exactă a preparatelor hormonale se bazează pe folosirea unui preparat constant standardizat, reprezentat în general, prin unitatea biologică Voegtlin, (unitatea Voegtlin este cantitatea de substanță ce se află în jumătate de miligram de praf standard, cu acțiune asupra uterului). TRENDELENBURG, Die Hormone, 137 b.

Este o eroare însă a crede că unitatea biologică Voegtlin poate fi preparată în ori și care laborator, deoarece pe lângă prepararea precisă a cantității de substanță activă mai trebue avută în vedere repeziciunea cu care glanda a fost recoltată de la animal, vârsta și sexul animalului, starea generală a animalului, regiunea geografică, etc.

Astfel se explică variația acțiunei extractului hypophyzar, datorită pe de o parte imposibilității de izolare exactă a hormonului, iar pe de altă parte imposibilității de standardizare biologică exactă.

STUDIUL CLINIC. — Inainte de a întrebuința extractul lobului posterior al hypophyzei trebue a se asigura de starea de tonicitate a mușchiului uterin.

Schematic, două cazuri se prezintă:

1⁰ sau este vorba de o hypotonie, (dureri de facere ușoare, contracțiuni la intervale prea mari, uter moale, palparea cu ușu-

rinţă a fătului, lipsa completă de dureri între contracţiuni, dureri puţin pronunţate), ceiace reprezintă inerţia adevărată, apanagiu aproape exclusiv al multiparelor şi al vagotonicelor, — inerţie puţin frecventată şi care constitue veritabilă indicaţiune de extract hypophyzar;

2⁰ sau este vorba de o hypertonie, parţială sau totală (dilatarea colului se face exagerat de încet, nu se află un interval lipsit de durere între două contracţiuni consecutive, palparea este anevoioasă cu existenţa sau neexistenţa inelului de contracţiune), în care caz, uterul se află într'o stare de contractură frustă. apanagiu al primiparelor şi al sympaticotonicelor, aici extractul hypophyzar ridicând tonusul uterin, poate fi dezastros pentru mamă (ruptura uterină) şi dezastros pentru copil (moartea copilului).

Pe lângă aceste două stări opuse ale muşchiului uterin, se află alte cazuri complexe, în care hypotonia şi hypertonia se succed sau se asociază, după anumite împrejurări, care nu se pot descrie.

S'a căutat a se fixa şi alte regule privitor la administrarea extractului hypophyzar.

Astfel, GUGGISBERG (GUGG, H., Arch. f. GYNÄK. 144, 185, (1930), în referatul său ţinut la Congresul de Gynecologie din Frankfurt-Main, recomandă pentru provocarea durerilor de facere să se facă mai întâi sensibilizarea uterului faţă de extractul hypophyzar cu ajutorul chininei, administrându-se o jumătate de gram la fiecare jumătate de oră, dându se în total 2 grame, în urmă se administrează extract hypopyzar 1—2 unităţi, la fiecare jumătate de oră sau la fiecare oră, dându-se în total 20 unităţi, — de asemenea administrându se şi laxative; — în perioada de expulzie, după ruperea membranelor, se administrează apoi 1—3 unităţi, de extract hypophyzar.

PLATE (PLATE, W. R., Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 73/I, 1823, (1929), recomandă în perioada de expulzie, în caz de dureri de naştere slabe, să se administreze 3—5 unităţi de extract hypophyzar pe oră.

HOEVEN (HOEVEN P, C. T. v. d., Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 75/IV, 5264. (1931), recomandă în perioada de expulzie, în caz de dureri de naştere slabe, să se administreze 10 unităţi de extract hypophyzar pe oră.

In principiu, se admite administrarea unei doze mai mari în perioada de expulzie, decât în perioada de dilatare; — să se observe însă, ca fixarea capului să fie efectuată, de asemenea rotaţiunea parţială sau totală; — în fine, să nu fie disproporţie între cap şi basin.

Se recomandă apoi administrarea de extract hypophyzar în hemoragii atone, îndeosebi după expulzarea fătului sau după expulzarea placentei.

Extractul hypophyzar este însă contra-indicat în afecţiunile renale, în hypertensiunile arteriale şi îndeosebi în eclampsie, în basinul anormal şi când fătul este ameninţat de asfixie, în urma unei cauze oarecare.

Diferite alte contra-indicaţiuni urmează a fi încă stabilite — personal am observat un caz de emfizem subcutanat în timpul facerei, consecutiv administrărei de extract hypophyzar (Dr. Tănăsescu H., T. Popovici, Rev. Française de Gyn. et d'Obst. 12, 1927, Paris).

Neobservarea acestor contra-indicaţiuni dă loc la accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar, atât la mamă cât şi la făt.

S'a publicat în deosebi, un mare număr de cazuri de moartea fătului în timpul durerilor de facere şi desigur, că un număr şi mai mare nu a fost de altfel publicat.

Aceste morţi sunt datorite, fie unei deslipiri premature a placentei, fie prin asfixia produsă prin întreruperea circulaţiei sanghine dintre mamă şi făt, în urma contracturei uterine, fie datorită unei hemoragii meningee, atât de frecvent constatată la autopsie.

Având-se în vedere aceste grave accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar, obstetricienii francezi în mai toate societăţile lor de obstetrică şi gynecologie, au cerut ca întrebuinţarea extractului hypophyzar să fie interzisă moaşelor.

Concluziuni: Extractul hypophyzar este una din achiziţiile cele mai importante ale obstetricei moderne, cu condiţia de a fi administrat cu precauţiune, căci în caz contrar se va expune la accidente;

— extractul hypophyzar, în mâini experimentate, duce la bun sfârşit multe naşteri, care fără ajutorul acestei medicaţiuni, ar fi necesitat aplicarea forcepsului, — acest instrument barbar, care a devenit astăzi din ce în ce mai puţin întrebuinţat.

Notă. — Dintre preparatele de extract hypophyzar, aflate în comerţ, recomandăm preparatul „Postlobin" eşit din Laboratorul de Fiziologie, al Facultăţei de Medicină din Cluj, de sub conducerea Dlui Prof. NIŢESCU, a cărui experimentaţiune clinică, la început sub denumirea de „Retroitrin", am făcut-o din anul 1925 şi până în prezent, în cazurile indicate, în cele aproape 3000 naşteri, care au fost în observaţia noastră, — şi totdeauna fără accidente, atunci când s'a ţinut bine seama de contra-indicaţiuni.

Contagiune psihică (Folie à deux)[1]

de

Dr. Liviu Ionașiu și **Dr. Cornel Lungu**

medic primar director medic secundar

la Spitalul de boli mintale din Sibiu.

Sub această denumire înțelegem tulburările psihice provocate prin influența psihică a bolnavilor mintali asupra indivizilor din anturajul lor.

Contagiunea psihică este destul de frecventă în societate, totuși arareori se întâmplă ca indivizii ce au suferit aceiași infecțiune psihică să fie internați simultan într'un spital.

Belliarget, Dargon și Maret au semnalat câteva cazuri de folie à deux. Mai nou a descris-o Legrand du Saulle, Etchepare și Boyd, M. Hyvert și A. Perret, Chiarli și C. Dupont, Leroy și Medacovitsch, iar Dr. Baliff în 1928 a publicat un caz unde soț și soție au fost internați simultan în spital.

Lasègue și Fabret au dat o descripție magistrală asupra acestei boli rămasă clasică.

Concluziile lor sunt următoarele:

a) „In condițiunile obișnuite contagiunea foliei nu are loc dela un alienat la un individ sănătos mentalicește";

b) „Unul dintre indivizi este elementul activ, mai inteligent decât celalalt, el creiază delirul și-l impune progresiv celui de al doilea care este elementul pasiv";

c) „Trebue ca acești indivizi să viețuiască mult timp într'o intimitate completă și în afară de orice influență exterioară";

d) „E necesar, în fine, ca delirul să aibă un caracter de verosimilitate și de a se menține în limitele posibilității pentru a putea fi acceptat de subiectul pasiv";

e) „Bolnavul indus în majoritatea cazurilor este mai puțin atins decât primul, este un bolnav falș, un alienat prin reflex. Numai primul este un alienat veritabil".

---

[1]) Comunicare făcută la Congresul de Psihiatrie din Sibiu 1933.

După Kraepelin cel mai mare număr de aceşti bolnavi îl dau indivizii ce sunt la limita între cei cu facultăţile psihice normale şi între cei bolnavi.

După Bleuler cei induşi sunt de regulă rudenii de sânge de ai bolnavului. — Dânsul atribue o oareşicare importanţă predispoziţiunei familiare.

Cazurile cele mai dese sunt acelea cu delirul persecuţiei şi delirul mistic. Astfel este şi cazul nostru unde am găsit aceleaşi idei delirante de persecuţie la 3 membri din aceiaşi familie.

Pacientul V. L. I. în vârstă de 23 de ani student la drept, este adus în spitalul nostru de tatăl şi cumnatul său prezentând turburări mentale. Boala pentru care este internat datează de prin anul 1930 când a suferit un şoc nervos în urma căderii la examenul de bacalaureat. Pacientul a devenit retras, îşi neglija studiile. In urma contactului cu o societate spiritistă a început să se ocupe de spiritism. In timpul din urmă a început să prezinte idei de persecuţie. La primul examen pacientul este puţin comunicativ, neîncrezător, bănuitor, cu greutate îşi manifestă ideile delirante. Se arată revoltat fiind internat pe nedrept.

După câteva zile pacientul fiind izolat complect de membrii familiei şi câştigând încrederea medicilor îşi manifestă întregul său delir de persecuţie. Se crede persecutat de tatăl său. Astfel arată că tatăl său ar căuta prin anumite vrăji să-i producă supărări, indispoziţii şi o suferinţă continuă, de exemplu la masă ridică cuţitul, furculiţa sau lingura de pe masă ţinându-le câtva timp în mână, aşezându-le după aceea iarăşi pe masă, sau pune în anumit fel mâna pe farfurie sau după ce s'a servit masa ar deschide într'un anumit fel anumite uşi la anumite ore şi dacă ar încerca să le închidă, tatăl său i-ar face mizerii. Alteori ar pronunţa anumite cuvinte de exemplu: „batistă" pentrucă acest cuvânt ar avea o eficacitate deosebită în vrăjitorie. A mai observat că tatăl său caută să pună ziarele după ce le-a citit pe patul în care a murit mama-sa pentru a fi nevoit dânsul să le ieie atunci când vrea să le citească de pe acest pat. Sau că se aduc mereu rufele dela spălat umede, alteori a observat ciorapi negri şi ouă aruncate prin grădină.

Tot tatăl său ar fi intervenit ca să fie căzut la un examen.

După o săptămână dela internarea sa se prezintă la spital un frate mai mic al bolnavului care cu orice preţ căuta să-l scoată din Spital. Şi acesta manifesta aceleaşi idei delirante de persecuţie din partea tatălui său. Era foarte revoltat că fratele său a fost internat, de oarece ar fi complect sănătos mintaliceşte.

Neaprobându-i-se să-l scoată pe pacient din spital, se prezintă din nou, în aceeaşi zi, seara după orele 11 la portarul spitalului pe care îl roagă să predea fratelui său un bilet în care scrie: „Eu sunt în oraş şi am luptat din toate puterile pentru eliberarea ta. Te rog foarte mult să fi foarte prudent la toate întrebările cari ţi se vor pune. La acelea cari îţi vor fi defavorabile tu să negi totul, să spui că nu ştii nimic". Fratele tău M.

La trei zile după aceasta se prezintă un alt frate de al bolnavului, care intervine şi dânsul la direcţiunea spitalului pentru eliberarea fratelui său. Stând de vorbă cu dânsul am observat că manifestă aceleaşi idei de persecuţie din partea tatălui său ca şi fraţii săi, întrebuinţând chiar aceleaşi cuvinte şi aceiaşi termeni în exprimarea ideilor sale delirante.

Nepermiţându-i-se să viziteze pe pacient intervine la autorităţile locale: Judecătorie, Tribunal, Prefectură, etc. pentru eliberarea fratelui său. In timp ce comisia numită de parchet conform legii sanitare ţinea şedinţa, dânsul aştepta cu nerăbdare rezultatul. Aflând că pacientul trebue să mai rămână în spital declară revoltat că va interveni la Ministerul de interne pentru eliberarea fratelui său.

Pacientul după 4 săptămâni dela internarea sa, în care timp nu a ajuns cu fraţii săi în contact, a început să recunoască că a greşit faţă de tatăl său. In această stare a fost eliberat din spital.

Fratele mai mic n'a mai venit la spital şi deci n'a mai putut fi observat. Din spusele tatălui lor însă am aflat că la scurt timp după internarea fratelui său a cedat şi la el delirul de persecuţie.

Al treilea frate însă care a putut fi până la sfârşit observat de noi din element pasiv a ajuns activ, susţinând el întregul delir de persecuţie.

Un caz de erizipel complicat cu septicemie supraacută

Este stabilit, că streptococul este singurul agent al erizipelului şi, că sunt o serie de varietăţi de streptococi cu puteri patogene diferite. Intre aceste varietăţi cel mai patogen este streptococul hemolitic, care disolvă sângele in vivo, iar pe geloza cu sânge produce în jurul său un cerc decolorat prin liza hemoglobinei hematiilor. Infecţiunile streptococice au mare tendinţă spre difuziune şi o mare afinitate spre ţesutul limfatic încât pe această cale dau cele mai dese şi mai periculoase septicemii. De aşa natură este cazul din observaţia ce urmează, unde la câteva ore după reacţia locală a streptococului, poate chiar deodată cu manifestaţia erizipelatoasă, s'a instalat şi o streptococemie violentă supraacută. Bolnavul după câteva ore dela debutul boalei observă o roşeaţă la gât, devine inconştient, iar după 4 zile sucumbă în stare de prostraţie, cu temperatură de 40°, puls inperceptibil, delir etc. Pătrunderea microbului în torentul circulator a fost lovitura care a determinat sfârşitul fatal al bolnavului.

Observaţie: S. I., 28 ani plugar, căsătorit. Bolnavul e adus în stare de inconştienţă la Spital în ziua de 15 Decemvrie 1933.

Istoricul boalei actuale. Soţia sa spune, că acum trei zile bărbatul său a observat apariţia unui furuncul de mărimea unei alune înconjurat de o pată roşie în regiunea laterală dreaptă a gâtului, totodată se plânge de o stare febrilă cu oboseală. In după ameaza zilei (pe la ora 2) tăind lemne afară, bărbatul său se prăbuşeşte la pământ devenind inconştient şi delirând. Il duce în casă, îl aşază în pat, iar după 2 zile nerevenindu-şi în fire îl aduce la Spital. In intervalul acestor 2 zile avea febră, delir, frisoane, diaree, sudori. După afirmaţia soţiei bolnavul avusese până atunci o sănătate perfectă, nu ştie să fi fost bolnav de ceva; era robust, nu era alcoolic, dar tabagic moderat.

Examenul obiectiv la intrarea în Spital (15 Decemvrie). Bolnavul prezintă pe regiunea cervicală laterală dreaptă în jurul unui mic furuncul (cât o alună), o placă roşie (dermită) de mărimea unei

pălmi de copil, ridicată deasupra restului pielei, având o dungă (bourrlet) la limita pielei sănătoase din jur. Placa e acoperită cu câteva flictene opalescente. La palpare placa e dură şi elastică. Pulsul este accelerat, incomptabil, temperatura 38^0_2. Asupra plămânilor nimic deosebit. *Cord:* limite normale, tachicardie, nu se percepe nici un suflu. *Ficat:* limite normale. *Splina:* mărită la percuţie. *Abdomenul* nu e balonat. Conjuctivelele palide. Bolnavul prezintă un delir confuziv, carphologie, nu este agitat. După ce nu vărsase până atunci, în ziua ospitalizărei prezintă vărsături aproape continue, iar după masă o expectoraţie sanginolentă uşoară. După masă la ora 4 temperatura se urcă la 40^0_2, iar noaptea la ora 2 sucombă, deci după 4 zile de boală.

Ca tratament local: s'a aplicat alifie cu Ichtiol 20% şi Burow pe deasupra, iar în jurul plăcii badijonare cu tinctură de iod. Ca tratament general: s'au făcut împachetări cu apă rece în jurul toracelui, repetate tot la 2 ore, comprese reci la cap. Apa cloroformată dată per os e vomată. S'au dat două clisme alimentare. S'a administrat de două ori câte 30 cm^3 ser antistreptococic (Cantacuzino) intramuscular, injecţii de oleu camforat, cofeină, adrenalină.

In rezumat în cazul de faţă în urma unei plăci erizipelatoase sau poate chiar simultan s'a produs o septicemie streptococică supraacută, violentă, manifestată prin febră mare, frisoane, delir, sudori, anemie, splenomegalie, inconştienţă, puls incompatibil, hemoptizie uşoară, diaree şi vărsături.

Tendinţa la hemoragii e foarte frequentă în septicemiile streptococice. Au lipsit din complexul simptomelor erupţiile cutanate. Vărsăturile cari de regulă lipsesc, au fost prezente cu mare intensitate în ultima zi a boalei. Mersul supraacut al acestei septicemii, complicaţie relativ rară, dar severă a erizipelului a cauzat moartea aşa dar în 4 zile a unui organism viguros, abia în vârstă de 28 ani.

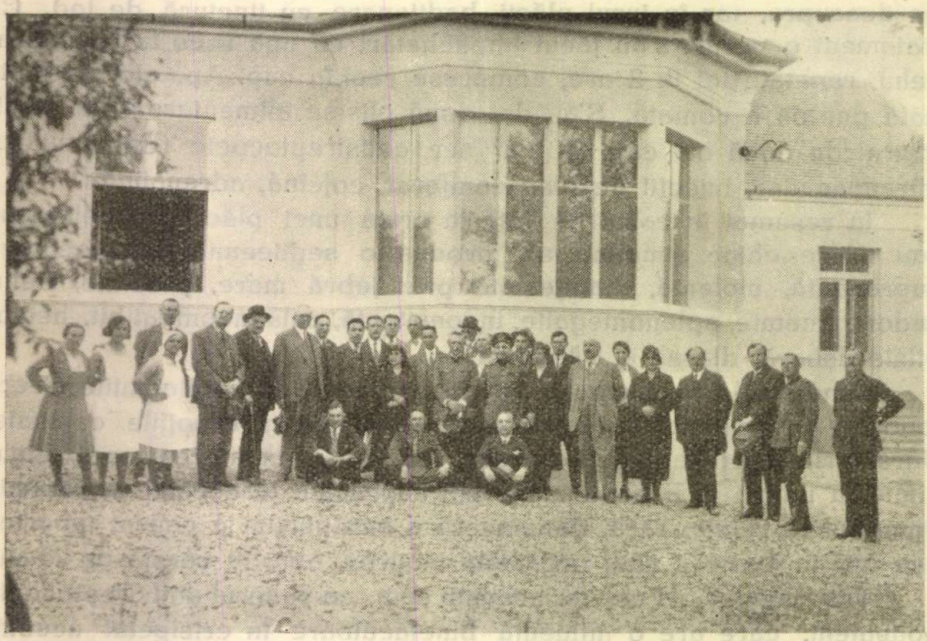
Tratamentul ori cât de intensiv ar fi, ca şi serul antistreptococic polivalent, care are o influenţă binefăcătoare în erizipelul necomplicat, în această septicemie a rămas fără nici un efect.

Dr. Iosif Ghizdavu,
medic sec. Boli interne.
Spitalul de Stat — Sighişoara.

O instituţie sanitară rurală:

„Casa de Ocrotire Regele Carol II." Sălişte

La 24 Iulie 1932 s'a inaugurat la Sălişte o instituţie sanitară, care datorită faptului, că la noi este poate prima instituţie de felul acesta, că inaugurarea s'a făcut în prezenţa Majestăţii Sale Regele României, poartă numele de „Casa de Ocrotire Regele Carol II".



CASA DE OCROTIRE REGELE CAROL II. SĂLIŞTE
În faţă echipa de medici dela ancheta medico-sanitară.

Această instituţie este o frumoasă realizare a erei constructive, inaugurată la serviciul sanitar al Judeţului Sibiu deodată cu venirea *d-lui Dr. Iosif Stoichiţia* în fruntea serviciului. Ridicată din mijloacele materiale ale judeţului, pe terenul donat de comuna Sălişte, ea a fost înzestrată cu mână largă de către Ministerul Sănătăţii, la stăruinţele neobosite ale şefului serviciului sanitar şi ale celorlalţi demnitari, cari s'au perondat la cârma judeţului în anii 1930—1932.

Deci armonioasa contribuţie a judeţului, statului şi comunei, dirijată de actualul inspector general sanitar al regiunii Sibiu, a dus la înfăptuirea ideii de a se creia o importantă instituţie sanitară rurală.

Intr'adevăr această instituţie are menirea de a vindeca fără mari spese pe cei bolnavi, de a ocroti mama şi copilul, de a combate boalele sociale şi de a supraveghia şi îndruma bunul mers al sănătăţii publice. Se face deci în cadrele acestei instituţii, atât *medicină curativă*, cât mai ales *preventivă*, aşa cum sunt cerinţele sanitare ale zilelor noastre.

Organizarea. Pentru îndeplinirea menirii sale Casa de Ocrotire din Sălişte are două servicii: o secţie pentru bolnavii internaţi (spitalizaţi) şi un dispensar pentru consultaţii gratuite.

Secţia pentru bolnavii internaţi este egală cu un mic spital rural şi constă din 4 camere cu o capacitate totală de 13 paturi, apoi o sală de operaţie, o cameră pentru infirmiere, baie, bucătărie, spălătorie etc. In această secţie se pot izola bolnavii contagioşi din circumscripţie, se tratează bolnavi gravi, cari necesită supraveghere medicală continuă, se pot face mici intervenţii chirurgicale şi pot naşte gravidele din comunele circumscripţiei în condiţii sanitare bune.

Dispensarul constă din o sală de aşteptare şi o cameră de consultaţie unde se dau zilnic consultaţii gratuite tuturor locuitorilor din circumscripţie, indiferent de starea lor materială. Aceste consultaţii se dau după modelul celor dela plasa sanitară model Gilău pe următoarele categorii: prenatali, sugaci, preşcolari, şcolari, venerici, tuberculoşi şi boale curente. In camera de consultaţii avem şi un aparat Roentgen (Gross-Heliodor), care stă la dispoziţia bolnavilor pe lângă o taxă modestă.

Personalul se compune din medicul de circumscripţie, două moaşe-infirmiere şi un îngrijitor. Mai ia parte la consultaţii şi sora de ocrotire din Sălişte. Medicul tratează bolnavii spitalizaţi, dă consultaţii, poartă scriptele şi conduce întreaga gospodărie a instituţiei. Cele două moaşe îngrijesc bolnavii şi totodată prevăd şi agendele bucătăriei. Ingrijitorul are în seama lui procurarea şi distribuţia alimentelor şi ţine ordine în curte şi în mica gospodărie.

Administrarea. Averea Casei de Ocrotire este administrată de un comitet local, având ca preşedinte pe prim-pretorul plasei Sălişte, secretar notarul comunei Sălişte, iar de membri pe toţi primarii din circumscripţie, apoi un preot şi un director şcolar din localitate, precum şi medicul primar al judeţului şi medicul de circumscripţie. Din acest comitet este aleasă o *delegaţie* în frunte cu medicul de circumscripţie şi membrii din Sălişte, cari se întrunesc lunar şi

supraveghează activitatea bănească a Casei de Ocrotire. Aceste două comitete întocmesc bugetul şi contul de gestiune, cari sunt apoi supuse controlului şi aprobării judeţului.

Bugetul Casei de Ocrotire pe anul 1933 a fost de 210.000 Lei. Veniteie provin din taxele plătite de bolnavii internaţi (30 Lei zilnic), taxele de examinare la Roentgen, apoi subvenţia judeţului şi comunelor din circumscripţie. La cheltueli capitolul principal îl formează întreţinerea bolnavilor spitalizaţi (hrană, medicamente, luminat, încălzit). Personalul este plătit de judeţ, respective de stat şi salarele lor nu intră în bugetul Casei de Ocrotire.

Activitatea. Deşi localul este mic şi personalul redus, această instituţie se sileşte să-şi îndeplinească menirea. Curând după deschidere, a trebuit să combată o serioasă epidemie de disenterie, ivită în comuna Sălişte în toamna anului 1932. Rezultatul a fost bun. Din 75 internaţi la Casa de Ocrotire au decedat 2, pe când din vreo 40 neinternaţi şi trataţi la domiciliu au decedat 11. Diferenţa de mortalitate între unii şi alţii este cât se poate de elocventă.

Activitatea instituţiei reese mai bine din tabela următoare, care arată bolnavii internaţi dela inaugurare până la 31 Decemvrie 1933, adecă pe timp de un an şi cinci luni:

Bărbaţi	102	din acestea au fost: boale infecţioase	103
Femei	85	„ interne	42
Total	187	„ chirurg.	20
		tuberculoşi	7
		faceri	15
		Total	187

Au eşit:	vindecaţi	158
	ameliorati	18
	nevindecaţi	6
	morţi	5

Din decedaţi, 2 au fost de disenterie, 1 difterie, 1 tetanos şi 1 de tifos.

Ţinând cont de faptul, că la sate se internează în spital numai bolnavi gravi, este evident, că procentul de mortalitate la Casa de Ocrotire din Sălişte a fost foarte redus.

Activitatea dispensarului pe acelaş interval ne-o dau cifrele următoare care prezintă consultaţiile gratuite după categorii:

Sugaci	95
Preşcolari	132
Şcolari	189
Prenatali	41

Tuberculoşi	36
Venerici	238
Radioscopii	67
Boale curente	842
Total	1640

Este de observat, că cele 95 consultaţii pentru sugaci au fost numai accidentale, întrucât sugacii au dispensar la Societatea „Principele Mircea" unde sunt consultaţi săptămânal. Dispensarul Principele Mircea care funcţionează tot în clădirea Casei de Ocrotire, poartă evidenţă separată asupra consultaţiunilor date. Consultaţiile date venericilor sunt în bună parte injecţii făcute bolnavilor de sifilis. De asemenea consultaţiile şcolarilor reprezintă numai numărul de consultaţii date celor cari s'au prezentat la Casa de Ocrotire şi nu şi examinările făcute la şcoli.

Aceste cifre pot lămuri pe oricine asupra activităţii Casei de Ocrotire „Regele Carol II" Sălişte şi-i dau posibilitatea, să aprecieze rostul şi importanţa acestor instituţii, menite să dea ajutor efectiv, grabnic şi ieftin sătenilor noştri. De aceea credem, că întemeietorii Casei de Ocrotire pot avea conştiinţa împăcată şi mulţumirea sufletească de a fi făcut o faptă bună, iar legiuitorul satisfacţia că instituţia preconizată este viabilă şi răspunde unei reale necesităţi.

Dr. Mihail Lupaş,
medicul circumscripţiei Sălişte.

Observaţii asupra raportului lunar Model 301

(Comunicarea a doua)

In numărul trecut al revistei am atins chestiunea cu privire la formularul sub experienţă din punctul de vedere al actelor documentare cari servesc medicului la redactarea statistică a raportului. In legătură cu cele expuse acolo ţin să adaug că cele propuse se referă le cancelaria medicului de circumscripţie, fără dispensar, casă de ocrotire, sau altă instituţie sanitară rurală. La cazurile din urmă negreşit se vor impune noui adausuri de registre, rapoarte etc. Nu am intenţia să intru în aceste detalii, cu toate că ar fi mai logic să se discute problema în întregime şi dintr'un punct de vedere unitar, cred însă că în această direcţie am putea primi sugestii competente, bazate pe experienţe serioase din partea plăşilor sanitare model de pe lângă Institutele de igienă ale Ministerului Sănătăţii.

Dar să revenim la discuţia asupra modificărilor cărora ar putea fi supus noul formular. Experienţa de 8 luni a fost suficientă pentru a dovedi avantajele şi lipsurile acestui raport. Faţă de starea ce a fost până la 1 Iulie 1933, inovaţia de faţă reprezintă fără îndoială un progres. Introducerea raportului de zi aduce după sine un control mai eficace şi o orientare mai largă în munca desfăşurată de medic. Păcat însă că această parte a raportului s'a desvoltat prea exagerat în defavorul raportului statistic. Mai ales statistica bolilor infecţioase şi cea a maladiilor medico-sociale au fost comprimate în aşa măsură încât s'a pierdut orice orientare şi posibilitate de studiu în această direcţie.

A) Raport de activitate.

După cum am amintit mai sus raportul de activitate al medicului a fost disproporţionat desvoltat faţă de partea statistică. Credem că şablonizarea activităţii medicului pe raport de zi nu-şi are rostul. Intenţiunea iniţiatorilor a fost de a avea un raport *descriptiv*, însă prin comprimarea descrierei activităţii în rubrici separate pe zi, caracterul descriptiv a dispărut complect şi a devenit aproape exclusiv statistic. Din felul cum se redactează azi acest raport se

poate deduce doar zilele de inspecţii sanitare şi numărul consultaţiilor pe zi, dar nu se poate constata ce a făcut medicul cu ocazia inspecţiei, ce măsuri a luat cu ocazia epidemiilor, care este mersul epidemiilor, prin urmare lipsesc tocmai datele cele mai importante pentru cunoaşterea mersului serviciului. Recunosc că s'a făcut bine impunând medicilor de circumscripţie descrierea activităţii lor, dar această descriere să se refere la problemele mai importante din starea sanitară a comunei şi din activitatea medicului. Faptele cari trebuesc reţinute pentru raportul descriptiv ar fi: inspecţiile sanitare periodice, mersul epidemiilor, vaccinările preventive, conferinţele medicale şi aprecierile asupra activităţii personalului sanitar auxiliar. Acestea ar fi punctele principale, dar ar putea să survină ocazional noui fapte (schimbări neobişnuite în aspectul demografic al regiunei, crearea de noui instituţii sanitare, fapte noui în viaţa culturală şi socială a satelor etc. etc.) — cari pot fi trecute în raport. In felul acesta raportul ar fi incomparabil mai bucuros acceptat de medici şi studiul lui ar oferi date mai preţioase pentru aprecierea mersului serviciului. Cred deci, că ar fi mai nimerit ca din raportul de activitate să dispară rubricile şi să rămână sub formă de un spaţiu în alb după modelul alăturat. Incât priveşte complectarea lui ne vom conduce după următoarele principii:

a) *Inspecţiile sanitare.* Se vor nota numărul localurilor publice inspectate, separat inspecţia şcoalei şi examinările medicale ale elevilor şi observaţiile în legătură cu condiţiile de salubritate publică a comunei. Se va specifica orice abatere constatată dela legile şi regulamentele sanitare în vigoare şi măsurile luate. Numărul consultaţiilor date pe categoriile: boli infecţioase, boli medico-sociale, boli curente. Asemenea se vor nota propunerile făcute organelor administrative, şcolare etc. locale, pentru ameliorarea condiţiilor sanitare şi pentru îndreptarea abaterilor constatate;

b) *Mersul epidemiilor.* Din descriere să se vadă munca medicului pentru descoperirea cazurilor necunoscute, tratamentul cazurilor declarate şi măsurile preventive şi de combatere. Se vor nota deci: numărul cazurilor vechi, noile îmbolnăviri dela ultima inspecţie, dozele preventive şi terapeutice de ser, deparazitările, desinfectările şi procesele verbale de contravenţii.

Aceste 2 situaţii vor fi descrise în amănuntele de sus, celelalte fapte ce vor putea obveni ocazional, se vor specifica după importanţa ce o prezintă.

In strânsă legătură cu cele de sus, trebue să stabilim, că inspecţia sanitară comunală trebue să fie cât mai completă şi amănun-

ţită, extinzându-se asupra tuturor localurilor publice, şcoală, primărie, abator, locuri insalubre, edilitate comunală şi controlul personalului sanitar auxiliar cu registrele lor. E nevoe să se insiste asupra acestui detaliu. Din rapoartele lunare se constată că în mare majoritate a inspecţiilor în afară de consultaţiile dela primărie nu se face aproape nimic. In comunele mai mari, evident că controlul nu se poate extinde asupra tuturor instituţiilor şi localurilor ce cad sub prevederile controlului sanitar, însă a cerceta o singură băcănie sau cârciumă — aşa cum se face în general — şi a considera inspecţia ca bine terminată, înseamnă a face o muncă de căpătuială dar nu de conştiinţă. O inspecţie sanitară nu se poate consuma într'un timp mai scurt de o jumătate de zi. S'ar putea obiecta că într'o comună mică medicul nu are ce face o jumătate de zi. Cu toate aceste se găsesc, multe lucruri de isprăvit. Deschizi cazierul sanitar şi găseşti un caz de tbc. văzut cu luni sau chiar ani în urmă, îl cauţi la domiciliu şi afli că e mort de lungă vreme. O bună ocazie să aduci la zi tabela nominală rămasă în urmă. Te interesezi de soarta altui caz de tbc. şi afli că a murit chiar cu câteva zile înainte de inspecţie. Verifici buletinul de deces la primărie şi afli, că bolnavul în chestie cu bacilul Koch în spută a murit de „bătrâneţe“ la 45 ani. O altă bună ocazie să eliminăm o greşală în plus din statistica noastră. Făcând această preumblare prin comună îţi iasă în cale o femee care îţi şopteşte că deşi e măritată de atâta timp nu are copii. Te interesezi şi afli că a avut mai multe avorturi, pe cari nu le-a provocat. Propui şi se acceptă luarea de probă de sânge şi descoperi un focar de sifilis. Prin urmare se găseşte mereu şi cu fiecare ocazie ceva de isprăvit şi o inspecţie sanitară făcută în acest sens, ar aduce după sine o temeinică cunoaştere a situaţiei pe care azi numai o bănuim.

Medicii de circumscripţie dresează proces verbal în registrul comunal de inspecţii sanitare cu ocazia fiecărei inspecţii cred deci că este suficient ca pentru raportul de activitate să se extragă părţile esenţiale din aceste procese verbale şi să se renunţe la darea de seamă a activităţii zilnice.

B) Raport statistic.

După cum s'a amintit mai sus raportul statistic a suferit comprimări exagerate în redarea mişcării boalelor infecţioase şi medico-sociale. Cele câteva rubrici rezervate pentru contabilizarea lor par o imputare pentru interesul redus cu care sunt tratate cele mai importante probleme din preocupările noastre faţă de celelalte probleme de mai mică importanţă, cari totuşi sunt mult mai amănunţit

desvoltate din punct de vedere statistic. La bolile epidemice pe lângă rubricile cazurilor vechi, noui şi morţi să se adauge noui rubrici cari să specifice numărul celor însănătoşiţi şi morţi. La fel statistica bolilor medico-sociale trebue completată cu rubrici referitoare la cazurile însănătoşite, plecaţi, morţi, forme clinice, izolare.

La tabela consultaţiilor, repartizarea consultaţiilor să se facă după 3 grupuri şi anume: boli infecţioase, boli medico-sociale şi boli curente. Să se suprime — cu scopul de a câştiga loc gruparea consultaţiilor pe sexe. La coloana „Sifilis“ şi „Malaria“ să se elimine rubrica bolnavilor înscrişi, datele acestea fiind deja odată trecute la tabela maladiilor medico-sociale.

Tabela „salubritatea localurilor şi igiena publică“ poate să rămână în forma originală.

Din tabela „asistenţa leuzelor şi nouilor născuţi“ să se suprime coloana care se referă la numărul născuţilor şi morţilor din luna respectivă. Complectarea acestei rubrici se face totdeauna defectuos şi în afară de aceasta, adunarea acestor date aduce întârziere în complectarea raportului. Facerile asistate să fie trecute în 3 grupe după cum au fost asistate numai de medic, numai de moaşe sau de ambii. Facerile asistate de moaşe, cuprind atât cele de moaşe oficiale cât şi particulare.

Din tabela referitor la igiena şcolară să se scoată rubricile consultaţiilor prenatale şi ale sugacilor.

Tabela „deparazitări, desinfecţii“ şi cea care priveşte controlul prostituţiei să rămână în forma originală, dar să se scoată dela prima, rubrica cu reacţiile de imunitate, iar din a doua examenele de laborator, cari vor forma împreună tabela examenelor de laborator şi reacţiilor de imunitate.

Din tabela „Contencios şi acte medico-legale“ să se suprime rubricele referitor la amenzi rămase definitive, deoarece medicul de circumscripţie nu are putinţa de a avea aceste informaţii.

Din tabela „activitatea surorilor de ocrotire“ să se înlocuiască rubrica „femei“ cu cea „familie“, iar la repartizarea vizitelor după cauză în loc de „chirurgicale“ să se treacă „control“, în loc de „boli interne“, „boli infecţioase“, iar în loc de „internări“ „intervenţii“. Aceste entete-uri din raportul original sunt cred greşeli de tipar. Şirul pentru complectarea acestei tabele, trebue lăsat mai larg pentru a se putea trece separat datele fiecărei surori de ocrotire din serviciu.

Alăturăm aici modelul formularului propus de noi în baza discuţiilor de sus.

Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale
Serviciul sanitar al .....

Domnule .....

Avem onoare a Vă înainta prezentul raport de activitate al acestui serviciu pe luna ..... 193 .

Medic,

Data	DESCRIEREA ACTIVITĂȚII ȘI OBSERVAȚIILE
2/V	Inspecția sanitară a comunei A. Inspectat 7 industrii, 7 stabilimente comerciale, abatorul, cazarma de jandarmi. Inspectat școala primară care a fost găsită în ordine. Examinat pt. diferite boli curente 12 elevi. Dat 5 consultații la primărie 1 pt. boli sociale (Tbc) 4 pentru boli curente. Indrumat primăria comunală pentru curățitul șanțurilor.
7/V	Inspecția sanitară a comunei B. Inspectat 2 industrii, 12 stabilimente comerciale. Comerciantul X. Y. somat pentru curățirea localului. Dresat proces verbal contra ..... pentru contravenție la salubritatea publică. Inspectat școala primară și grădina de copii ambele în ordine. La școala primară găsit 12 cazuri de varicelă, dispus izolarea lor la domiciliu.
12/V	Inspecția sanitară a comunei C. Inspectat 8 industrii, 6 stabilimente comerciale, abatorul, gheţarul, cimitirul. Măcelarul ..... somat pt. curățirea localului, comerciantul ..... dat în judecată pentru murdărie. Școala primară în ordine, examinat 6 elevi pt. diferite boli curente. Descoperit 2 caruri de f. tifoidă, ambele au fost izolate la domiciliu sub supravegherea sorei de ocrotire, 6 persoane de contact puse sub observație. Dat la primărie 7 consultații ; 2 pentru boli infecțioase (pertursis) 5 pt. boli curente, 2 cons. la domiciliu pt. boli infecțioase (f. tifoidă). Propus primăriei săparea unei fântâni publice în piața comunală.
15/V	Inspecția sanitară a comunei D. Inspectat 2 industrii, 4 stabilimente comerciale, școala primară. Dat 1 cons. pt. boală curentă.
16/V	Controlul cazurilor de febră tifoidă din com. C. Ambele cazuri în condiții satisfăcătoare de izolare. Dat instrucții pt. desinfectarea zilnică cu lapte de var a mat. fecale. Văzut persoanele de contact sub observație. Nu s'a depistat noui cazuri.
19/V	Inspecția sanitară a comunei E. Inspectat 5 industrii, 3 stabilimente comerciale, școala și cazarma jandarmilor. Examinat 5 elevi școlari pentru boli curente. Dat 12 cons. la primărie pentru boli sociale și 9 boli curente. Verificarea buletinelor de deces. Luat 3 probe de sânge pentru reacție W.

Data	DESCRIEREA ACTIVITĂȚII ȘI OBSERVAȚIILE
21/V	Inspecția sanitară a comunei F. Inspectat 2 băcănii, 1 cârciumă, școala. Examinat 20 elevi școlari, 1 caz sifilis ereditar, 19 boli curente. Dispus curățirea școalei. Dat 4 cons. pt. boli curente.
22/V	Controlul cazurilor de f. tifoidă din comuna C. Izolarea corespunzătoare. Persoanele de contact de sub observație aflate sănătoase. Nu s'au depistat noui cazuri. Controlul activității sorei de ocrotire și a moașei comunale.
25/V	Conferință publică în com. de reședință despre tuberculoză.
28/V	Inspecția sanitară a comunei B. Inspectat 2 industrii, 10 stabilimente comerciale. Comerciantul .... somat în ziua de 7/V pentru curățirea localului s'a conformat. Școala închisă. Dat 4 consultații pentru diferite boli. Luat 2 probe de sânge pt. reacția W. Verificat buletinele de deces și naștere la primărie. Controlat registrele și instrumentarul moașei.
30/V	Inspecția sanitară a comunei C. Cazurile de f. tifoidă în condiții satisfăcătoare de izolare. Descoperit un nou caz de f. tifoidă printre persoanele de contact. Dispus izolarea la spital. Controlat registrele și instrumentarul moașei comunale. Dat 2 consultații pentru Tbc. 10 diferite boli curente. Verificat buletinele de deces.

dispensar	
domiciliu	
boli infectioase	
boli sociale	
boli curente	
arsen	z
bismut	
mercur	v
alte tratamente	
Total	
bolnavi trataţi	

3

3

d. Reacţii şi imunitate.

Pirgnet	1
Schick	+ 1
Dick	+ 1
	+ 1
	+ 1

A) Raport statistic.

1. Mişcarea bolilor infecţioase

BOALA		
vechi	Bolnavi	
noui		
însănătoşiţi	Eşiţi	
morţi		
Rămaşi		

2. Mişcarea bolilor sociale.

BOALA		
vechi	Bolnavi	
noui		
însănătoşiţi	Eşiţi	
plecaţi		
morţi		
domiciliu	Izolarea boln.	
spital		
Rămaşi		
pulmonară	Tubercul. cazuri noui	
osoasă		
meningeală		
alte organe		
primar	Sifilis cazuri noui	
secundar		
terţiar		
ereditar		
para sifilis		

3. Consultaţiuni.

dispensar	Nr. cons. la
domiciliu	
boli infecţioase	Nr. cons. după boli
boli sociale	
boli curente	
arsen	Nr. inj. Trat. antisifilitic
bismut	
mercur	
alte tratamente	
Total	
bolnavi trataţi	Malaria
chinină distrib.	

4. Vaccinări.

B. C. G.	
antitific	
rămaşi din per. trec.	Vaccinări antivariolice: vaccinări
inscrişi in per. curen.	
prezentaţi	
amânaţi	
sustraşi	
vaccinaţi cu succes	
neprez. la control	
rămaşi din per. trec.	revaccinări
inscrişi in per. curen.	
prezentaţi	
amânaţi	
sustraşi	
vaccinaţi cu succes	
neprezen. la cotrol	

5. Reacţii şi imunitate.

Pirgnet	+
	−
Schick	+
	−
Dick	+
	−
	+
	−
	+
	−

. Examene de laborator.

Spută	+
	−
Wassermann	+
	−
Gonococ	+
	−
	+
	−
	+
	−
	+
	−
	+
	−
	+
	−

7. Asistenţa leuzelor.

numai de medic	Nr. facerilor asistate
numai de moaşă	
de medic şi moaşă	
vii	Nr. nasc. in aceste faceri
morţi	
normale	Faceri asistate au fost
gemelare	
distocice	
oficiale	Nr. moaşelor: cu diplomă
parţiale	
empirice	
Nr. cazurilor de inf. puerporală	
Nr. cazurilor de oftalmie blenoragică	
Nr. cazurilor de tetanos neonatorum	

8. Igiena şcolară.

Nr. şcoalelor exist.	
Nr. grădinilor de copii	
Nr. şcoalelor inspect.	
Nr. elevilor examinaţi	
	Obs.

9. Salubritatea localurilor şi igiena publică.

Industriale												Comerciale										Probe analizate			
Nr. localurilor existente							Din cari					Nr. localurilor existente						Din cari							
Mori	cherestea	abatorii	apă gazoasă				s'au inspect.	somat	dat judecăţii	s'au închis		cârciumi	restaurante	hoteluri	băcănii	cofetării	lăptării	s'au inspect.	somat	dat judecăţii	s'au închis	reglementare	nereglementare	Nr. conferinţelor sanitare ţinute	Nr. intervenţiilor la autorităţi pt. igiena publică

10. Controlul prostituţiei.

Nr. prostituatelor inscrise		Nr. prostituatelor examinate	Găsite bolnave					Trimise în spital	Sub tratament
în localuri publice	singuratice		sifilis	gonococ	alte ven.	Tbc.	alte boli infecţioase		

11. Deparazitări şi desinfecţii.

Nr. deparazitărilor	Nr. desinfecţiilor	Desinfecţii		Boli pentru cari s'a desinfectat			Nr. aparat. de desinfecţie	
		etuve cu aburi aparate portative	prin stropire	scarlatină	f. tifoidă	difterie	în stare bună	defectuoase

12. Contencios şi acte medico legale.

Numărul celor daţi în judecată										Acte med. legale			
refuz la vaccinare	refuz la izolare	tăinuiri de boală	murdărie	alimente nereglementare	local şi ustensile	exerciţiul ilicit al medicinei	controlul prostituţiei	regulament industrii insalub.	lipsă de closete	autopsii	certificate med legale	certificate de sănătate	certificate de salubritate

13. Activitatea surorilor de ocrotire.

Nr. fam. în evid.			Vizite după categorii						Vizite după cauze								Activit. şcol. şi socială				
la începutul lunei	la sfârşitul lunei	scoase din evidenţă	prenatale	sugaci	prescolari	şcolari	adulţi	familii	Total	control	boli infecţioase	B. C. G.	Tbc.	venerici	alte boli	anchete	intervenţii	Total	vizite la şcoli	conferinţe	intervenţii la autorităţi	altele	Totalul zilelor de lucru

14. Activitatea agenţilor sanitari.

Medic de circumscripţie.

Publicul şi medicina

In ultimul timp se observă o tendinţă manifestă a medicilor de a face opera de popularizare şi de vulgarizare a cunoştinţelor medicale; nu e vorba numai de vulgarizarea cunoştinţelor elementare ce ajută la înţelegerea principiilor de higienă şi profilaxie; de cele mai multe ori nu acest scop util sănătăţii publice e urmărit de vulgarizatori. Apar tot mai dese articole în ziarele cotidiane şi reviste, în manuale de medicină aşa zisă practică, în care se tratează cele mai subtile chestiuni de clinică; se vorbeşte astfel de tratamentul complicaţiilor diabetului, de formele de uremie, de hipertensiune cu uşurinţa cu care un pomolog ar sfătui cum se usucă merele sau cum se păzesc arborii de omizi.

Suntem la tot pasul chestionaţi de clienţii şi cunoştinţele noastre asupra unor chestiuni ce înainte de a fi puse la punct de însăşi ştiinţa medicală oficială, au fost servite publicului sub forma unor asemenea articole.

Publicul nostru, mai ales cel pretins inteligent, e foarte dispus să asimileze asemenea noţiuni, să le interpreteze şi să ne terorizeze cu chestionări într'un domeniu unde nu are pregătire. Cu drept cuvânt pentru orice altă meserie publicul păstrează rezervă dar medicină poate face oricine; eu spun deseori că medicina este o fecioară pe care o poate viola oricine.

Şi cine încurajează publicul la aceste incursiuni în domeniul unei ştiinţe ce era cu mult mai respectată chiar în timpurile ei de primitivitate? Desigur că în primul rând chiar unii din medici. Ce-i determină să facă acest lucru? Nu ne sfiim de a spune adevărul că unii consimt la această bagatelizare a cunoştinţelor medicale din interese personale având la bază dorinţa de reclamă şi de câştig. Obiecţiunea ce o pot aduce unii că răspund unei cerinţe tot mai imperative a publicului de a se iniţia în asemenea noţiuni nu poate rămâne în picioare atunci când tocmai noi medicii cunoaştem pericolul ce decurge dintr'o asemenea iniţiare întotdeauna incomplectă şi cu urmări de multe ori dezastruoase; sunt atâtea noţiuni folositoare de higienă şi profilaxie pe care ar fi preferabil să le popularizeze cei ce au datoria şi chemarea de a o face şi nu o fac.

In schimb se oferă publicului adevărate capitole de patologie cu pretenţia de a-l pune la curent cu cele mai noui concepţii asupra multor probleme medicale. Credem că pe lângă alte păcate care subminează aureola profesiunii medicale, cel semnalat mai sus este din cele mai grave. Avem motive să spunem că putem regreta timpurile de altă dată, când deşi medicina nu era atât de avansată totuşi în jurul ei şi a celor cari o practicau domnia o atmosferă de mai mult mister, dar şi de mai mult respect.

Dacă cel puţin sănătatea publică ar folosi din aceste practice am avea motive să ne resemnăm. Dar acest lucru nu se întâmplă: publicul cu pretenţie de a se pricepe şi el în medicină îşi pierde încrederea în ea, când vede că nu se petrece aşa cum se aştepta; el discută cu medicul, rămâne contrariat de unele nepotriviri, critică cu cea mai mare uşurinţă şi ajunge la neîncrederea care-l depărtează tot mai mult de binefacerile ştiinţei medicale.

E momentul cred de a se reacţiona în contra unor asemenea greşeli; e mai util şi pentru public şi pentru pestigiul ştiinţei medicale să se păstreze mai multă sobrietate când e vorba să iniţiem acest public în chestiuni pentru care nu are pregătirea necesară.

Să dăm publicului numai ceiace-i poate fi de real folos adică îngrijirea cea bună şi sfatul cel bun; aşa vom fi siguri că vom face operă utilă şi în acelaş timp că nu ajutăm la depreciarea şi bagatelizarea unei ştiinţe căreia ne-am închinat viaţa.

Dr. M. Capitanovici.

Mişcarea populaţiei în judeţul Sibiu în luna lanuarie 1934.

Pentru a pune capăt discrepantei supărătoare între datele statistice demografice ale Institutului de Demografie şi Recensământ şi cele ale Serviciului nostru am renunţat la adunarea acestor date din partea medicilor de circumscripţie şi în colaborare cu biroul statistic judeţean prelucrăm materialul statistic lunar la serviciul nostru în baza buletinelor dela biroul statistic. Credem că prin aceasta procedură am adus o degrevare în sarcina medicului de circumscripţie şi am ajuns în posesiunea unui material statistic precis oricând la îndemână. Am reuşit să facem acest lucru graţie bunăvoinţei dlui Mateiu Roman, seful biroului statistic judeţean pentru care ţinem să i exprimăm mulţumirile noastre şi în acest loc.

Dăm aici mai jos datele mai importante referitoare la natalitate şi mortalitate sub diferitele ei aspecte. Datele se referă numai la judeţ în afară de municipiu.

Numărul populaţiei la 1 lanuarie 1934 este de 150,060 suflete. Această cifră repartizată pe naţionalităţi ne dă

Români	111.196	= 74.1%
Saşi	36 614	= 24 4%
Alţii	2 250	= 1·5%
Total	150,060	

Natalitatea: S'au născut 346 copii şi anume 254 Români, 89 Saşi şi 3 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală = 27‰

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă

la români = 27·4‰
la saşi = 29·1‰
la alţii = 15·9‰

Este pentru prima oră cred când statistica comparativă arată cifre mai ridicate la saşi, faţă de români în domeniul naţionalităţii.

Naşterile după sex dar 186 băieţi şi 160 fete; adecă la 100 băeţi 86 fete.

După starea civilă avem 318 naşteri legitime şi 28 nelegitime, procentul naşterilor nelegitime este deci de 8.0%. Acest procent la Români e de 8.2%, la Saşi de 7.8%.

Mortalitatea generală: Numărul decedaţilor a fost de 209 şi anume 163 Români, 45 Saşi şi 1 de altă naţionalitate. Mortalitatea generală 16.7‰. Calculând mortalitatea generală după naţionalităţi, obţinem la Români 17.5‰, iar la Saşi 14.6‰. Numărul cel mai mare de decese îl dau adulţii dela 60 ani în sus, (44%) şi copiii sub 1 an (24%).

Mortalitatea infantilă: Numărul deceselor sub 1 an a fost de 52 repartizaţi la Români cu 43, la Saşi cu 8 şi la alte naţionalităţi cu 1 caz. Cifra mortalităţii infantile este de 150.2‰. Mortalitatea infantilă după naţionalităţi arată următoarele cifre:

Români	169.2‰
Saşi	89.8‰

Mortinatalitatea: Numărul celor născuţi-morţi a fost de 6 la Români şi 2 la Saşi în total 8. Raportat această cifră la numărul născuţilor vii, obţinem cifra de 2.3‰, la Români şi 2.2% la Saşi.

Observăm. In nouă comune n'a fost nici o naştere, în 20 nu s'a înregistrat nici un mort. In 16 comune s'au înregistrat numai decese dela etatea de 16 ani în sus, iar în 5 comune numai decese sub 1 an.

Concluziuni: Natalitatea e în uşoară scădere, faţă de media anului trecut. Această scădere a natalităţii se observă la elementul românesc; la Saşi natalitatea fiind mai urcată decât media observată la ei în anul trecut. Mortalitatea se află scăzută faţă de media anului trecut, cea a Românilor de astă dată e mai favorabilă, decât cea a Saşilor. Mortalitatea infantilă e în uşoară urcare, dar până când cea a Românilor este în urcare simţitoare, cea a Saşilor coboară aproape în aceeaşi măsură.

Luna lanuarie a fost deci mai favorabilă pentru elementul săsesc, decât pentru Români.

Dr. I. Cosma
medic primar al judeţului Sibiu.

Importanţa şi necesitatea Instituţiei Surorilor de Ocrotire.

Arareori s'a întâmplat ca o instituţie sanitară nouă, creiată cu cele mai curate gânduri pentru a servi binelui public, — să fi fost primită cu mai mare adversitate şi să fi fost dela început combătută cu mai multă înverşunare, ca instituţia surorilor de ocrotire.

A fost combătută fiindcă ea însemna o reformă pentru organizarea noastră sanitară, unde tradiţia adeseori ne tiranizează şi a fost primită ostil fiindcă i s'a creiat o atmosferă neprielnică în opinia publică tocmai de către aceia, cari în primul rând ar fi fost chemaţi să o sprijinească şi să-i acorde toată protecţiunea, de care avea nevoe la începutul activităţii sale.

Este firesc ca în asemenea condiţiuni instituţia nu a reuşit să se desvolte suficient şi nici nu a putut să-şi dovedească în mod complect utilitatea şi necesitatea, pentru care ea a fost creiată.

Şi totuşi noi afirmăm, că arareori s'a creiat în organizarea noastră sanitară, durere încă atât de insuficientă, o instituţie mai necesară şi mai utilă decât aceasta. Ne întemeiem aceasta afirmaţie, pe o serie întreagă de consideraţiuni şi fapte, cari azi nu mai pot fi contestate de nimeni şi cari socotim că justifică pe deplin importanţa şi necesitatea imperativă a instituţiei surorilor de ocrotire.

Statisticele noastre demografice, a căror exactitate — din fericire — astăzi nu se mai poate pune la îndoială, ne arată că starea sanitară a ţării noastre este cât se poate de rea. Din 30 State europene şi extra-europere, cea mai urcată cifră de mortalitate generală o prezintă România, cu o proporţie de 19,4$^0/_{00}$ în 1930 şi 20,8$^0/_{00}$ în 1931, şi care mortalitate în unele judeţe se ridică până la enorma cifră de 30$^0/_{00}$, iar în unele oraşe aceasta cifră se apropie de 40$^0/_{00}$ (judeţul Durostor 27,4$^0/_{00}$ în 1930 şi 30,3$^0/_{00}$ în 1931; oraşul Râmnicul-Vâlcea 27.8$^0/_{00}$ în 1930; Baia de Aramă 32,6$^0/_{00}$ în 1931 şi Târgu-Frumos 39,0$^0/_{00}$ tot în 1931). In acelaş timp, România figurează pe acest tablou în capul listei, având şi cea mai urcată cifră de mortalitate infantilă: în 1929 cu 19,7$^0/_0$ iar în 1930 cu 17,6$^0/_0$ pe ţară; în unele judeţe şi oraşe această proporţie fiind direct înspăimântătoare

(județul Rădăuți 24,5% în 1930, județul Durostor 22,9% în 1930; orașul Bazargic 25,3% în 1930; orașul Bârlad 27,1% în 1930, iar orașu Năsăud 31,7% tot în anul 1931).

Această situație tristă și degradantă pentru țara noastră se menține aproape invariabil de câteva decenii, ceia-ce dovedește, pe de o parte insuficiența organizării noastre sanitare, iar pe de altă parte ne demonstrează că sistemul nostru de organizare sanitară este defectuos și nu corespunde cerințelor imperative ale vremii. Organizarea noastră sanitară este bazată în cea mai mare parte pe sistemul *de medicină curativă* și nu dispune nici de cele mai elementare instituții, chemate să activeze pe teren *preventiv*, iar rezultatul este că *avem cea mai mare mortalitate generală și cea mai mare mortalitate infantilă din Europa.*

Marele nostru noroc este că dispunem de o *natalitate* înfloritoare, care ne compensează pierderile enorme pe care le suferim de pe urma insuficienții și defectuozității organizării noastre sanitare. Cum însă, această natalitate înfloritoare se găsește într'o evidentă și continuă *scădere*, care se manifestă din an în an și cum acest fenomen demografic de regulă este *definitiv*, — se impune în mod imperativ să ne creiem o mai bună și mai potrivită organizare sanitară, în stare să reducă în mod simțitor mortalitatea mare pe care o avem. *Ne trebue o organizare sanitară mai largă și bazată pe principiile moderne de medicină preventivă, singurul sistem capabil de a ne ameliora situația și a ne feri în viitor de un adevărat dezastru.*

Ori, elementele de bază ale acestei organizări sanitare preventive sunt tocmai instituțiile, chemate să contribue în primul rând la educația igienică a populațiunei noastre, la ocrotirea cât mai completă a mamei și copilului nou născut și prin aceasta la diminuarea enormei cifre de mortalitate infantilă, cea mai importantă rubrică din cauzele mortalității generale în țara noastră.

Dintre aceste instituții cea mai importantă cea mai necesară și care, deci, trebuia creiată în primul rând, era Instituția surorilor de ocrotire. Aceasta din motivul, că nici un element nu se pretează atât de bine pentru rolul de educator igienic în familie ca sora de ocrotire, care prin însușirile și devotamentul specific sexului femenin, prin cunoștințele câștigate după o temeinică pregătire și prin sublima chemare care i se imprima în tot decursul acestei pregătiri, — era cea mai indicată pentru a putea pătrunde în intimitatea familiei și a deveni sora plină de iubire a mamelor în suferință, lipsite de orice îndrumare și ocrotitoarea devotată a copilului nou născut, expus,

mai ales în mediul nostru rural, tuturor primejdiilor, chiar din primele momente ale vieţii. Sora de ocrotire era cea mai chemată pentru acest rol educativ şi de protecţie în familie şi în acelaşi timp era cea mai indicată pentru a contribui la depistarea şi combaterea cazurilor de boli epidemice şi medico-sociale; pentru protecţia femeii în perioada prenatală şi în graviditate; pentru îndrumarea şi ocrotirea copiilor noui bine născuţi, preşcolari şi în decursul şcolarităţii; pentru protecţia defectivilor şi celor degeneraţi şi în fine ea înainte de toate, întrunea cele mai optime condiţiuni pentru a deveni o preţioasă şi indispensabilă auxiliară a medicului, în toată activitatea lui pe teren medico-social.

Aceste au fost în mare parte şi consideraţiunile cari au determinat pe Domnul *Profesor Iuliu Moldovan*, pe atunci secretar general al Resortului de ocrotire în fostul Consiliu Dirigent al Ardealului, să creeze încă din anul 1919 Instituţia surorilor de ocrotire. Intemeierea instituţiei răspundea deci unei reale şi imperioase necesităţi şi ea însemna prima încercare de a se pune baze solide unui sistem de medicină preventivă în organizarea noastră sanitară. Astăzi după 15 ani, aceasta necesitate este şi mai evidentă, iar utilitatea instituţiei se dovedeşte cu prisosinţă în plăşile sanitare model, unde surorile de ocrotire, puse sub îndrumarea şi controlul medicului igienist, au putut să dea măsura întreagă a capacităţii lor, recoltând rezultate pe teren, cari le justifică cu prisosinţă existenţa şi cari dovedesc în mod evident, că instituţia este viabilă, este necesară şi deosebit de utilă pentru promovarea sănătăţii publice.

Cauzele, cari i-au anihilat desvoltarea normală sunt trecătoare şi se pot remedia.

Mai întâi se impune ca o bună parte a medicilor să-şi modifice concepţia eronată asupra rolului şi rostului surorilor de ocrotire, cari nu sunt formate pentru a deveni infirmiere cu atribuţii curative, ci auxiliare de primul rang, în opera de combatare a plăgilor sociale şi în primul rând în marea operă de combatare a mortalităţii infantile. Se impune apoi ca instituţia să fie organic contopită în Serviciile Sanitare judeţene şi de municipii, surorile având să funcţioneze după îndrumarea şi sub protecţia şi supravegherea medicilor sanitari. Trebue să li se creieze atmosfera cuvenită, cu deosebire în mediul rural, pentru a-şi putea astfel îndeplini toate obligaţiunile de serviciu, bucurându-se de suficientă consideraţie şi de autoritatea necesară. Repartizarea în serviciu a surorilor de ocrotire, să se facă după criterii cari elimină orice consideraţii de interese personale şi familiare, ele fiind plasate cu preferinţă la reşedinţele de

medici și după posibilitate acolo unde există și dispensar ori casă de ocrotire. Prin aceasta măsură, s'ar putea curma o serie de neajunsuri și s'ar pune capăt unor acuzări repetate cu multă patimă și cari azi compromit instituția și fac ca atmosfera de adversitate să continue. *Se impune apoi ca surorile de ocrotire mai vechi și cu o pregătire mai redusă, să fie chemate în grupuri la cursuri de perfecționare și îndeosebi să fie instruite în tehnica activității pe teren. Mai presus de toate însă, se cere ca surorile de ocrotire, cari azi, în cei trei ani de studiu primesc o educație destul de completă, să activeze pe teren cu toată priceperea, cu mult tact și devotament, dar mai ales cu tot entuziasmul pe care îl cere aceasta înaltă misiune umanitară.*

In fine, este indispensabilă și o mai mare considerațiune din partea autorităților locale față de aceasta instituțiune, punându-le la dispoziție mijloacele necesare pentru a putea activa cu deplin folos, în toate domeniile împreunate cu ocrotirea, ne mai vorbind de necesitatea sporirii posturilor existente (azi sunt în total 221), cari sunt mult prea reduse față de marile necesități ale serviciului sanitar.

Cu aceste corective, pe cari le socotim necesare, instituția surorilor de ocrotire va putea prospera și va putea dovedi în viitor și mai mult, prin fapte și rezultatele obținute, marea ei utilitate și deosebita-i necesitate pentru bunul mers al sănătății publice.

Dr. Iosif Stoichițla
Inspector general sanitar.

Revista cărţilor.

Dr. Stefan Anastasiu:

Profesorul doctor Nicolae Minovici şi Salvarea. Editura Socec, Bucureşti 1933.

Un foarte elegant volum de 236 pagini, evident în condiţiuni tehnice ireproşabile şi conţinând un mare număr de fotografii bine răuşite.

Cartea este scrisă de dl *Stefan Anastasiu*, cel dintâiu intern al *Salvării* din Bucureşti şi este o foarte răuşită dare de seamă a prodigioasei activităţii de 25 ani a Salvării, dar în acelaş timp şi un bine meritat omagiu adus întemeietorului ei, distinsul Profesor universitar *Dr. Nicolae Minovici.*

Intr'o perfectă formă literară şi cu un rar talent de povestitor dl *Dr. Anastasiu* ne arată toate peripeţiile înjghebării acestei minunate instituţiuni umanitare, ne schiţează cu multă grijă toate fazele evoluţiei ei, remarcabila activitate desfăşurată în decursul răsboiului pentru întregirea neamului şi starea de perfecţionare la care a ajuns prin priceperea neîntrecută, prin excepţionalul talent de organizator, dar mai ales prin devotamentul şi sufletul mare al întemeietorului şi directorului ei *Prof. Dr. N. Minovici.*

Volumul schiţează activitatea Salvării pentru fiecare an în parte şi cuprinde un mare număr de tabele statistice, toate acestea sunt însă întreţăsute cu o serie de întâmplări caracteristice acelor vremuri, cari povestite cu talent, fac ca volumul să fie citit cu mare uşurinţă şi cu mult interes până la sfârşit.

Dl inspector general sanitar *Dr. Anastasiu*, autorul volumului merită toată lauda pentru buna răuşită a lucrărei sale care trebuie citită de către toţi cari se interesează de progresul sanitar a ţării.

Dr. Gr. Kessim: *Sănătatea publică în timp de criză.* Bucureşti, 1934.

Intr'o broşură, apărută la timp oportun, *dl Dr. Kessim* ne tălmăceşte rezultatele unei anchete internaţionale intreprinse de către Organizaţia de igienă a Societăţii Naţiunilor din Geneva privitoare la „metodele cele mai potrivite pentru asigurarea sănătăţii publice în timp de criză". Autorul arătând aceste rezultate, le aplică împrejurărilor dela noi şi caută să le concretizeze în câteva capitole chemate să fie utilizate ca îndreptar de către cercurile medicale şi conducătorii administraţiilor locale cari se ocupă de problemele sănătăţii publice. Se insistă în mod deosebit, asupra necesităţii unei coordonări a fondurilor sanitare şi asupra raţionalizării diferitelor servicii şi instituţii cari se ocupă de promovarea sănătăţii publice.

Broşura este binevenită în preajma alcătuirii Bugetelor Statului, judeţelor şi comunelor şi poate fi utilizată cu folos la discuţia acestor Bugete. **is.**

Revista revistelor.

CHIRURGIE.

J. Fiolle, F. Lucciani et H. Liuccia: *Les typhlitess appendiculaires á retardement,* (Journal de Chirurgie T. XLII. Aout 1933.)

Sub numirea de typhlite apendiculare cu întârziere, autorii descriu manifestaţiuni anatomo clinice ale cecului mult sau mai puţin grave, ce survin un anumit timp după ablaţiunea apendicelui inflamat sau gangrenat şi sunt despărţite de actul operator prin o perioadă de latenţă totală.

Descriu două forme: *Abortivă sau larvată* în care cecul este atins în mod brutal însă fără ca leziunea să ajungă la sfacelul peretelui; *gangrenoasă* în care leziunile sunt la maximum.

In formele abortive începând dela a 10-a dar mai ales între a 15-a şi 40-a zi dela operaţie apare o durere brutală, violentă în fosa iliacă dreaptă. Dărsături alimentare sau bilioase. Temperatura 38^5—39^0 şi chiar 40^0, se menţine astfel 3—4 zile,

apoi revine la normal. Punct dureros în reg. Mac Burney, defensă musculară discretă. Nimic din partea celorlalte organe abdominale.

La radioscopie: palparea ceecului foarte dureroasă şi o incisură uneori accentuată pe marginea externă a ceecului.

In formele gangrenoase temperatura se menţine, starea generală rea, abdomenul se contractează De obicei în aceste forme se intervine crezându-se că se află în faţa unui abces, în schimb se găseşte un cec roşu, turgescent prezentând plăci de sfacel localizate aproape totdeauna de partea externă a feţei anterioare a ceecului.

Interpretarea acestor manifestaţiuni clinice, autori o pun pe seama unei tromboze extensive, cu punct de plecare în artera apendiculară, cari poate întrerupe vascularizaţiunea arterială a unei părţi a ceecului. Chiar dacă tromboza îşi are sediul pe trunchiurile principale, sfacelul se produce la partea distală (marginea externă a ceecului), după cum în obliteraţiunile principalelor trunchiuri arteriale ale membrelor, gangrena începe prin extremităţi.

In formele abortive leziunile arteriale sunt mai puţin violente, manifestându-şi prezenţa prin câteva spasme arteriale veritabile ictusuri pasagere.

Tratamentul în formele abortive este simptomatic (dietă, pungă cu ghiaţă pe abdomen, antiseptice intestinale); în formele gangrenoase chirurgicale (înfundarea plăcilor, suturarea perforaţiunei la piele sau exteriorizarea ceecului).

Articolul este însoţit de cinci observaţiuni clinice privind toate femei tinere apendicectomizate la cald, un singur caz era la prima criză apendiculară restul la al 2-lea 3-lea atac. Urmările prostoperatorii normale până la 10 – 14-a zi când au început manifestaţiunile clinice descrise mai sus.

Elliott C. Cutler: *Le traitement chirurgical de la sténose mitrale et du péricarde adhérent.* (Journal de Chirurgie T. XLII Aout. 1933).

In 1923, după doi ani de cercetări experimentalei C. a avut ocaziunea să intervină pentru liberarea unei stenoze mitrale la o fetiţă de 11 ani. Bolnava a supravieţuit $4^1/_2$ ani după operaţie. Pentru secţionarea valvulei s'a folosit de un bisturiu fasonat în formă de tenotom. Întâmpinând greutăţi la secţionarea valvulei calcifiate, a inventat un instrument (cardiovalvulotom) de formă cilindrică, tăietor după principiul foarfecilor, care permite totodată şi ablaţiunea fragmentului excizat. A executat această intervenţiune pe încă şapte cazuri, dar nici unul nu a supravieţuit mai mult de şase zile.

Citează apoi încă trei cazuri de cardiovalvulotomie a lui Graham în America, Pribram în Germania şi Shoutter în Anglia, ultimul trăieşte încă, primul a murit în timpul operaţiei, iar al doilea a trăit şase zile.

Din faptul că din cele opt cazuri operate de autor numai unul a murit în primele 10 ore, C. trage concluzia, că moartea nu se datoreşte incapacităţii esenţiale a bolnavului de-a suferi operaţiunea, ci faptului că ventricolul stâng strâmtat, nu ar putea lucra asupra cantităţii de sânge deodată mărită prin valvulotomie, mai ales dacă se ridică fragmente considerabile din valvulă, cum a constatat în două din cazurile sale.

Având în vedere că prin metoda lui Powers se poate produce experimental o stenoză mitrală, autorul are speranţă, că va putea în curând proba dreptatea hipotezei de mai sus.

Nu intră de loc în discuţia problemelor pe care le-ar putea pune aceasta nouă operaţiune.

In partea a doua a articolului tratează chirurgia pericardului. In pericardită acută supurată recomandă drenajul chirurgical simplu fără întrebuinţarea antisepticelor. Operaţiunea se face sub anestezie locală şi se limitează la ridicarea celor de IV

şi V cartilagii costale urmată de deschiderea cavităţii pericardice.

La tratamentul pericarditei cronice adesive aminteşte cardiolysa sau operaţiunea lui Brauer, apoi decorticaţiunea inimei preconizată de Delorme. Aceasta din urmă a fost demonstrată prin lucrările experimentale a Dr. Beck care reproducând experimental pericardita adesivă la animale, a arătat, că ea provoacă apariţia sindromului lui Pick sau polyserositâ cu hydrotorax, ascită, oedem secundar şi chiar îngroşarea capsulei lui Glisson. Ridicarea pericardului la aceste animale a făcut să dispară oedemul şi polyserosita.

La om C. a executat această operaţie în 2 cazuri la un copil de 14 ani, care a fost redat vieţii prin ridicarea părţii anterioare a pericardului şi la bolnav cu pericardită tuberculoasă care a fost foarte mult ameliorat mai ales în ce priveşte aparatul circulator, unde presiunea venoasă ce era foarte ridicată înainte de intervenţie, încetul cu încetul a revenit la normal, după operaţie.

Articolul este ilustrat cu figuri cari demonstrează cardiovalvulotonul precum şi timpii operatori în stenoza mitrală.

Dr. C. Pascu.

R. Leriche et. A. Policard: *Position actuelle du problème de l'ostéogenese.* (Apropos de critiques récents.) La Presse méd Nr. 9 1934.

Studiind problema osteogenezei autorii arată procesul de osteogeneză — contrariu teoriei clasice a lui Dubreuille — este un fenomen mai mult umoral decât celular.

Ţesutul osos rezultă din calcifierea ţesutului conjuctiv. Transformarea osoasă a ţesutului conjuctiv implică apariţia — în punctul de orificare — e unei substanţe albuminoide numită oseină şi a unui complex fosfo-calcar.

Pentru unii autori procesul de formare a acestui complex se datoreşte unor celule speciale numite osteoblaste, pentru alţii procesul este de ordin umoral nefiind legat de activitatea acestor celule.

Autorii critică teoria clasică şi aduc o serie de fapte clinice şi experimentale în sprijinul teoriei umorale.

G. Delater et M. Chailly: *Arrêt de la phlébite variqueuse eu activité par injections sclerosantes.* La presse medicale Nr. 14, 1934.

Autorii adepţi convinşi ai metodei flebo-scleropante în tratamentul varicelor lărgesc limitele metodei aplicând-o şi în tratamentul flebilelor varicoase.

Singurele contra indicaţiuni le văd în cazul unei leziuni grave hepatice, cardiace şi renale.

Au aplicat metoda în 21 de cazuri a flebită varicoasă în activitate sau foarte recentă şi obliteraţiunea provocată a adus întotdeauna oprirea evoluţiunii inflamaţiei şi întreruperea recidivelor.

Substanţa întrebuinţată pentru injecţiile sclerozante este salicilat de sodiu în soluţie apoasă de 30%.

E. Schneider: *Richtlienien zur Serumbehandlung im Kampf gengen die Banchfellentzündung.* Zeitschr. f. chir. Nr. 6, 1934.

Seroterapia infecţiunilor peritoniale după perforaţiunile tubului digestiv trebue privită din două puncte de vedere:

1. Care sunt agenţii etiologici de luat în considerare la prepararea unui ser?

2. Acţiunea seroterapiei să fie locală adică să se introducă ser în cavitatea peritoneală sau să se administreze pe cale intravenoasă sau pe ambele căi?

Gundel şi Süsbrich au arătat că este necesar să se aibă în vedere la prepararea serului microbii anaerobi, bacilul coli şi enbrococii.

Prin serul anti-coli şi anti-anaerobi se influenţează favorabil 80% din peritonite. La restul de 20% din peritonite se asociază şi enterococii, deci serul trebue să aibă şi calităţi anti-enterococi.

Administrarea serului se face local introducându-se ser în cavitatea abdominală şi pe cale intravenoasă. In felul acesta se neutralizează toxinele din cavitatea peritoneală şi cele intrate în sânge.

Amestecul serului cu serului cu ser glucozat nu reduce valoarea curativă a serului, dimpotrivă o întăreşte când se administrează pe cale intravenoasă.

Autorul lărgeşte sfera de indicaţie a serului introducându-l cu scop profilactic în toate operaţiunile mari ale cavităţii abdominale, ca: resecţia de stomac şi de intestin.

In felul acesta are impresiunea că mersul prostoperator este favorabil influenţat. **Dr. C. Banu.**

OTORINOLARINGOLOGIE.

Revue de laryngologie, otologie, rhinologie No. 7, 1933.

Dr. Kaissaris: *Neuro-labyrinthite dela syphilis acquise et labyrinthite de l'heredo-syphilis tardive,*

Noile cercetări au pus în evidenţă simptomatologia neuro-labirintitei specifice astfel că diagnosticarea acestei maladii nu mai reclamă neapărat prezenţa simptomelor infecţiunei generale sifilitice. Cercetările reacţiunei humorale au permis soluţionarea problemei în mod definitiv. Mijloacele de explorare a labirintului ne arată localizarea (pe aparatul cochlear sau vestibular) şi ne permite a aprecia gradul infecţiunei. Simptomatologia nouro-labirintitei este formată din semne subective-surditate, burdonimente, vertije, şi semne obiective (la ex. otoscopic timpanele sunt normale şi nu se găseşte în trecutul bolnavului vre-o afecţiune otică. Examenul funcţional priveşte fie aparatul coclear) examenul audiţiei osoase şi aeriene, semnele lui Rinne şi Weber, fie aparatul vestibular (probe statice probe cinetice rotatori calorice şi galvanice) la care se adaugă nistagmusul spontan.

In general găsim o percepţie craniană diminuată Rinen + iar Waber latiralizat la partea urechi mai bune. Alte ori avem şi o audiţie aeriană scăzută putând merge până la surditatea completă, unii sau bilaterală. De reţinut însă că percepţia osoasă dispare mai repede ca audiţia aeriană. Lund, care s'a ocupat în special cu această interesantă chestiune, afirmă că orice scurtare exagerată a conductibilităţii osoase este indicile unui proces sifilitic intro cranian: iar Ramadier alt cercetător al acestei maladii zice că: „diminuarea conducţiei osoasă la sifilitice cari nu prezintă nici un simptom auricular, ar fi un semn revelator al sifilisului". Se poate afirma că orice diminuare a audiţiie osoase la diverse diapazoane este egal cu o infecţiune sifilitică la un bolnav fără alte simptome de sifilis. 35% din sifilitici fără alte simptome de localizare otică au o diminuare a sunetului care ar fi explicată prin o nevrită a celei de a VIII pereche. Alături de diminuarea audiţiei osoase e şi o scădere a limitei superioare a sunetelor cu conservarea audiţiei sunetelor grave. In ceiace priveşte interpretarea probelor examenul paratului vestibular se consideră că abolirea reflectibilităţii vestibulare la toate probele (galvanice, rotatori, calorice) şi mai ales „disociaţia funcţională" între proba rotatore şi calorică ar exista în aproape toate neuro-labirintitele specifice. Totuşi ea se mai întâlneşte în encefalita epidemică şi scleroza în plăci. Alături de simptomele labirintice se întâlnesc simptomele nervoase: cefalee mai ales în regiunea auriculo-mastoidiană, exagerată noaptea — stupoare, somnolenţă sau insomnie — redoarea cefii, tulburări pupilare (inegalitate încetinirea reflexelor pupilare) exaderarea reflexelor tendinuase. Toate acestea sunt simptomele meningitei sifilitice. Concomitent pot exista nevritei ale facialului, oculo-motrice, etc.

N. l. specifice netratate evoluiază până la surditatea completă. In timp ce surditatea progresează vertijele şi burdonămentele diminuează şi dispar. Uneori surditatea survine bruse (forma supra-acută apoplectiformă) alteori lent evoluează în luni de zile. Se întâlnesc n. l. unde numai aparatul cochlar sau cel vestibular este atins.

Labirintita heredo-sifilitică tardivă are aproape aceeaşi simptomatologie ca şi

n. l. a sifilisului dobândit având în plus o disociaţie între probele calorice şi rotatori mai evidentă şi proba pneumatică a lui Hennebert pozitivă.

Există deasemenea semnul lui Mxgind nigstagmus provocat prin presiunea carotidei sau masaj a muschiului sterno-cleido-mastoidian. Din punct de vedere anatomo-patologic găsim meningo-nevrită a cele de a VIII pereche cu leziuni vasculare. Se întâlnesc şi leziuni osteo-periostice specifice cu sediu în conduct auditiv intern sau în labirint.

Tratamentul constă: în injecţii arsenicale combinate cu bismut începute cât mai curând în doze mari şi repetate. Rigaud din 100 neuro-labirintite sifilitice dobândite tratate cu antispefice a avut 26 vindecări, 52 ameliorări şi 22 surdităţi definitive.

Revue de laryngologie, otologie, rhinologie No. 7, 1933.

Prof. Vernieuwe. *Les oedemes angioneruotiques, la maladie de Quincke-Dinckelacker.*

Simptomele edemului lui Quincke sunt precise şi fac diagnosticul destul de uşor.

Vom găsi: edem localizat pe o mică parte a corpului mai ales acolo unde ţesutul celular subcutanat este mai lax, ca la pleoape, sub bărbie buze, scrot, mai rar pe membre; durata edemului 2—48 ore, după cari se deplasează într'un loc vecin, nu este dureros, pielea la locul edemului nu-şi schimbă culoarea, e puţin palidă. Localizarea edemului nu corespunde vre-unui teritoriu nervos. Edemul nu lasă godeţ ca edemul brightic, nu dă turburări sensitive, se însoţeşte uneori de frisoane, maleză şi febră puţin ridicată. Edemul mucoasei e mai dificil de diagnosticat, mai ales când bolnavul nu a mai avut anterior accese de edem. Foarte dramatic e edemul laringian, care uneori provoacă moartea prin asfixie.

El se localizează pe aritenoizi şi repliurile ari-epiglotice nu pe coardele vocale. Edemul luetei, a vălului palatului, al limbei se întâlnesc adesea. Cel al epiglotei face să ne gândim la un „falş crup". Edemul laringian poate fi urmat de edemul traheiei şi al pulmonului. Doi factori contribuie la apariţia edemului: Terenul şi sensibilizarea lui pentru diverse: alimente (ouă, raci, peşte, etc) medicamente, frigul, tulburări endocrine, etc. Aceşti factori provoacă o autocoloidoclasie.

Ca tratament se recomandă proteinoterapie, injecţii cu Cl2 ca, tiroidină, atropină, efedrină, autohemoterapie.

Dr. Gheorghiu.

PSIHATRIE.

G. Halberstadt.

Contribuţie la studiul psisozelor de involuţie. Distrenia antitonică. (Annales Médico-Psychologiques, Noemvrie 1933).

Psihozele de involuţie constitue una din preocupările de căpetenie ale psihiatriei actuale. Acest capitol al patologiei mintale cuprinde încă multe obscurităţi, atât din cauza complexităţii etiologiei şi a patogeniei, cât şi din cauza imprecizîunii tabloului clinic. H. atrage atenţia asupra unei forme puţin cunoscute a psihozelor presenile, descrisă complect pentru întâia oară, în 1927, de către Dan der Scheer, sub denumirea de *disfrenie antitonică*, cu următoarea motivare etimologică: „disfrenie" — turbare a spiritului, caracterizată în deosebi prin tristeţă, ostilitate, neîncredere; „antitonică" — tendinţă la împotrivire.

H. prezintă cinci cazuri personale (toate femei), pe baza cărora întreprinde apoi o descriere globală a maladiei.

Rolul hereditătii apare fără importanţă. Vârsta debutului este cuprinsă între 45 şi 58 de ani. Cauzele ocazionale (histerectomie, emoţii deprimante, etc.) trebuesc luate în considerare. Debutul este în general subacut, manifestându-se printr'o excitaţie anxioasă şi idei delirante melancolice. In perioada de stare se constitue, în prima fază, tabloul unei melancolii afective banale. Delirul este relativ moderat, fugitiv şi se compune mai ales din

idei de negaţiune. Episoadele confuzionale sunt frecvente. Partea cea mai izbitoare a simptomatologiei constă în apariţia şi stabilirea unei pronunţate tendinţe la împotrivire şi la reacţiuni contrarii. Aceste melancolice negativiste trebuesc supraveghiate foarte de aproape, fiindcă adeseori ele refuză să se alimenteze, să se spele, să se desbrace, să facă mişcare şi chiar să doarmă. Disfrenia antitonică evoluiază treptat, în mod constant, spre demenţă. Intregul proces poate dura mai mulţi ani.

Care este locul disfreniei antitonice în nosologie?

Abstracţie făcând de polimorfismul lor, obişnuit, se poate admite, în mod schematic, trei grupe principale de psihoze presenile sau de involuţie: psihozele depresive, delirante şi demenţiale. Există apoi forme mai puţin comune: formele confuzionale şi psihogene şi, în însfârşit, maladiile cu substrat organic cunoscut: maladia lui Alzheimer şi maladia lui Pick.

Fie că reprezintă o entitate morbidă, fie că este numai o simplă varietate clinică, — alternativă deocamdată insolubilă — disfrenia antitonică trebue clasată printre psihozele de involuţie zise „demenţiale". Diagnosticul diferenţial trebue făcut cu psihoza lui Medow, care nu duce până la demenţa confirmată; cu demenţa melancolică presenilă a lui Kraepelin, în care nu predomină fenomenele negativiste; cu melancolia presenilă malignă (bine descrisă de Kraepelin) care este caracterizată mai ales printr'o agitaţie anxioasă şi se termină prin moarte după o durată relativ scurtă; în sfârşit cu schizofrenia tardivă (formă de altfel foarte discutată), în care predomină simptomele de disociaţie psihică şi de indiferenţă afectivă. **Dr. A. Dosios.**

Primim la redacţie, numărul pe luna Martie al vechei rev. ilustrate *Sănătatea* şi *Viaţa Fericită*, de sub conducerea dlui Dr. Sigmand-Sigma fundatorul ei.

Cu acest număr, excelenta revistă pentru popularizarea medicinii, intră în al 34-lea an de apariţie regulată.

Dintre valoroasele articole cuprinse în acest prim număr al anului XXXVI, citäm o mică parte:

Despre cercetăşie, — Rolul părinţilor în educaţia sexuală — Elixiruri pentru dragoste — Primejdia medicamentelor avortive — Reguli de respectat în timpul menstruaţiei — Cum se fac pansamentele — Secretele frumuseţii — Răspunsuri — Sfaturi — Indrumări — Sănătatea literară şi artistică, etc. etc.

Citind acest număr, se poate înţelege decce revista „Sănătatea" a reuşit să se menţină cu aceiaşi frumoasă ţinută, bucurându-se de încrederea cititorilor ei cari urmăresc articolele publicate în fiecare număr al *Sănătăţii*.

Exemplarul de 52 pagini, elegant ilustrate şi tipărite cu îngrijire 20 Lei. Abonament anual Lei 200.

Redacţia şi Ad.-ţia: Sănătatea, Triumfului 7, Bucureşti V.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

I. Şedinţa Colegiului Medical Sibiu.

In ziua de 7 Martie 1934 s'a ţinut în localul Institutului Obstetric prima şedinţă a anului curent al Colegiului Medical Sibiu, sub preşidenţia dlui Dr. I. Stoichiţia inspec. gen. sanitar. Dl preşedinte după ce deschide şedinţa

Dr. I. STOICHIŢIA
inspector general sanitar

aduce omagiul Colegiului Medical marilor dispăruţi I. G. Duca, fostul preşedinte al Consiliului de Miniştri, Prof. I. Cantacuzino precum şi colegilor decedaţi Dr. Ungar Carol, Dr. G. Prunaşiu şi Dr. Bela Kécsey. Comunică colegiului medical transferarea din Sibiu a dlui med. col. Dr. E. Worell, fost şef al spitalului militar exprimându-i mulţămirile print'o adresă pentru munca depusă în cadrul colegiului, totodată felicită în numele colegiului pe noul şef al spitalului Dr. Capitanovici a cărui activitate de până acum este o chezăşie pentru sprijinul ce-l va da în viitor colegiului.

Se aprobă programul de activitate a colegiului pe anul 1934.

In urmă dl preşedinte dl Dr. I. Stoichiţia insp. gen. sanitar, omul activ şi pătruns de un nobil idealism pentru toate problemele de igenă şi asistenţă socială, care s'a coborît pe terenul realizărilor în domeniul practic, organizând prin toate mijloacele o asistenţă medicală ideală ; izbutind totodată prin spiritul său de conciliaţiune să strângă rândurile medicilor din Sibiu şi jur într'o organizaţie de unitate şi armonie, fapte care constituie pentru medicii din Sibiu un titlu de mândrie, a ţinut o documentată conferinţă ştiinţifică, despre: Probleme actuale de sănătate publică.

Conferenţiarul relevă că în România problemele de organizare sanitară nici când nu a format obiectul unei prea serioase preocuări din partea guvernelor, precum în alte ţări unde formează un capitol important pentru factori conducători. Vina o poartă în mare parte corpul medical, care până în prezent nu a ţinut la suprafaţă aceste probleme şi aşa publicul n'a fost sesizat îndeajuns de importanţa ei.

Capitalul biologic în orice stat trebue să fie pus mai presus decât oricare bogăţie naţională, fiind elementul vital care dă vigoare unei naţiuni. Vigoarea naţiunii în cifre s'ar putea calcula după natalitate. Sănătatea naţiunii după mortalitate. Iar comparaţia între natalitate şi mortalitate ne dau excedentul biologic.

Aceste axiome conferenţiarul le documentează printr'un lux de cifre statistice comparate între diferite state arătând că România ocupă locul prim ca natalitate, şi cu regret tot locul prim ca mortalitate şi numai datorită unei vigori excepţionale deţinem locul al treilea ca excedent. Cauza deceselor la noui sunt datorite în primul rând debilităţi generale, pneumoni, tbc., gastro-intertite, boli infecte, cord, cancer, accidente, nefrite, bronşite cronice.

Se constată că în România mortalitatea copiilor până la 15 este de 58% din totalul mortalităţii, prin urmare cea mai mare grije trebue să se dea or-

ganizării unei asistenţe serioase pentru prevenirea mortalităţii infantile şi mai ales în mediul rural unde procentul mortalităţii e şi mai mare.

Organizarea sanitară este defectuoasă şi prin faptul că bugetul Ministerului Sănătăţii este foarte redus abia 2,9% din totalul bugetului general al statului. La fel este defectuoasă şi repartizarea medicilor ajungând în unele cazuri ca în mediul rural să avem 1 medic la 15,000 locuitori, iar în mediul urban (Sibiu) 1 med. la 360 locuitori. De aici necesitatea de a canaliza medicii spre mediul rural.

Ca să avem o organizare sanitară corespunzătoare necesităţilor de azi ar fi necesar ca sumele ce se cheltuiesc pentru sănătatea publică de diferite instituţii disparate, cari în totul se urcă la suma de peste 3 miliarde anual, ar trebui ca toate aceste sume să fie coordonate, formând un sigur buget sanitar, care să fie repartizat după norme unitare şi în conformitate cu necesităţile reale ale sănătăţii publice. *CI.*

II. Administrative

In ziua de 8 Februarie s'a ţinut şedinţa comună a comitetelor Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor din Sibiu sub preşidenţia dlui Insp. gen. san. Dr. I. Stoichiţia.

Cu această ocaziune s'a fixat programul de activitate al Colegiului şi Asociaţiei fixându-se seria conferinţelor ştiinţifice şi itinerariul anchetelor medico-sanitare în comunele rurale. S'a decis organizarea unei temeinice anchete sanitare în toate şcoalele de toate categoriile din Sibiu. Aceasta anchetă va începe în decursul lunei Martie sau Aprilie 1934.

S'a înfiinţat Cercul de studii al Asociaţiei generale a medicilor sub preşidenţia dlui Dr. I. Stoichiţia, secretar general fiind dl Dr. L. Ionaşiu. Cercul de studii dispune de 2 secţii şi anume I: pentru organizare sanitară, asigurări sociale, recrutarea personalului, asistenţa medicală şi socială, având ca preşedinte pe dl Dr. I Sturza şi secretar Dr. I. Cosma, II: secţia pentru corporaţiunea medicilor având ca preşedinte pe dl Dr Fabritius şi secretar dl Dr. Kisch jun.

Se decide în principiu înfiinţarea unui Oficiu Sindical în cadrele Asociaţiei, secţia corporaţiunilor având a face propuneri concrete privitoare la organizare.

III. Activitatea medico-socială

In ziua de 18 Februarie 1934 s'a făcut o minuţioasă anchetă medico-sanitară în comuna Cărpiniş.

Terenul a fost pregătit de către Dl Dr. I. Cosma, medicul primar al judeţului Sibiu, printr'o conferinţă — ţinută — locuitorilor din comună în ziua de 11 Februarie, când li-s'a arătat importanţa şi utilitatea unei asemenea anchete.

Echipa de medici şi personal sanitar auxiliar a lucrat sub conducerea Dlui Inspector General Sanitar Dr, I. Stoichiţia având următoarea compoziţie: Medici: *Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. G. Păcurariu, Dr. R. Moga, Dr. Gheorghiu, Dr. Florescu, Dr. Bucur, Dr. Kloss, Dr. M. Lupaş, Dr. Kotschik, Dr. Dobrotă, Dr. Kenst, Dr. Ivan, Dr. Olariu şi Dr. Drasser.*

Farmacist: *Victor Pop.*

Surori de ocrotire: *Manta M., V. Buzea, Simonis şi Nechifor.*

Laborant: *Duma.*

Au fost cercetate de către medici toate gospodăriile din comună în număr de 236 şi din totalul populaţiei de 873 suflete, au fost examinaţi 825, adecă 94,5%, complectându-se pentru fiecare câte o fişă sanitară individuală, cuprinzând toate datele privitoare la starea sanitară.

Echipa de medici specialişti au dat următorul număr de consultaţii: Boli interne = 41. Gynecologie = 30. Otorinolaringologie = 47. Oftalmologie = 31. Dermato-venerice = 25. Neurologie = 8. Extracţii dentare = 62. Recoltări de sânge pentru reacţia Wassermann = 64. Medicamente gratuite au primit = 312. *IS.*

Note și informațiuni.

Noul Ministru al Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale. *In urma dimisiei Dlui* C. Dimitriu *din fruntea Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a fost numit ca titular al acestui departament Dl* Dr. I. Costinescu, *fostul primar general al Capitalei. Domnia sa este bine cunoscut corpului medical și este apreciat ca un eminent cunoscător al problemelor de muncă și sănătate publică.*

Confirmând autoritatea deosebită a noului titular, talentul său de admirabil organizator și competența pe care i-o acordă și calitatea de medic. *Corpul medical este în drept să aștepte dela D-sa realizări importante în în toate domeniile sănătății publice.*

Conferința inspectorilor generali sanitari. *In zilele de 15 și 16 s'a ținut la Ministerul sănătății o importantă conferință a tuturor inspectorilor generali sanitari din țară sub prezidența Dlui* Prof. Dr. Titu Gane, *secretarul general al Ministerului, asistat de Dl* Dr. Oct. Pușcariu, *directorul general al sănătății,* Dr. Cantemir Angelescu, *seful serviciului de igienă și Dl* Dr. Gr. Kassim, *șeful serviciului Spitalelor.*

In această conferință, la care a participat și Dl Ministru C. Dimitriu, *s'au discutat în mod amănunțit propunerile de realizări sanitare pe regiuni și județe, fixându-se principiile generale de organizare și căutându-se soluțiile unor imediate înfăptuiri pe teren. S'a examinat situația bugetelor sanitare pe județe, dându-se îndrumări pentru alcătuirea lor. Fixarea definitivă a bugetelor se va face în decursul lunei Martie. Cu acest prilej, Dl secretar general* Prof. Dr. Gane *a comunicat intențiunea Ministerului de a organiza conferințe pe Regiuni cu toți medicii oficiali din serviciile exterioare ale Ministerului, cu prefecții de județe și primarii de municipii, în vederea stabilirei unor programe de realizări sanitare locale.*

Noul comandant al spitalului militar Sibiu. *In locul rămas vacant, prin transferarea Dlui medic-colonel* Dr. Eugen Worell *un vechiu și activ membru al Corpului medical sibian, — în fruntea Spitalului Corpului VII armată — a fost numit Dl* medic Locot.-colonel Dr. Mih. Capitanovici *vicepreședintele Asociației Generale a medicilor din Sibiu.*

Spitalul militar, câștigă prin noul său comandant, un conducător energic, un bun organizator, dar mai presus de toate un medic *cu o temeinică pregătire de specialitate.*

Probleme sanitare în discuţia Parlamentului. *Cu ocaziunea discuţiei adresei la răspunsul la Mesaj, Dl* Prof. Danielopolu *a ţinut un remarcabil şi foarte documentat discurs la Senat, ocupându-se de chestiunea educaţiei naţionale şi problemele de sănătate publică şi organizare sanitară. Preşedintele Asociaţiei Generale a medicilor şi senator al universităţii din Bucureşti, a demonstrat insuficienţa şi defectuositatea organizării noastre sanitare şi a propus soluţii de îndreptare potrivite cu spiritul vremii, care cere ca orice organizare să fie bazată pe ideia de tehnicitate, concepută după criterii pur ştiinţifice.*

Discursul Dlui Prof. Danielopolu *a fost primit cu mult interes de către maturul Corp şi a fost comentat în mod deosebit de favorabil, atât în presa cotidiană, cât şi în revistele de specialitate.*

Grupul parlamentar al medicilor deputaţi şi senatori. *Deputaţii-medici s'au constituit în* grupul medicilor parlamentari, *pentru apărarea intereselor sanitare ale ţării şi pentru apărarea corpului medical.*

Preşedinte a fost ales Dl Dr. I. Costinescu, *ministrul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale; vice-preseointe* Prof. Dr. D. Manolescu, *iar secretar general Dl* Dr. N. Hasnaş.

La senat grupul medicilor s'a constituit în felul următor.

Preşedinte: Prof. D. Danielopolu; *v. preşedinte:* Dr. L. Skupiewski; *secretar:* Dr. M. Georgescu. *IS.*

Personale.

— Dl Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăeşti a fost delegat Director superior tehnic şi Ad.-tiv al Institutului de Seruri şi Vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino", în postul devenit vacant prin decesul „Prof Dr. Ion Cantacuzino".

— Dl Dr. Alex. Cantacuzino a fost numit Efor al Spitalelor Civile din Bucureşti, în locul decedatului Prof. Dr. I. Cantacuzino.

— Dl Profesor Dr. Nicolae G. Lupu a fost numit în postul de prosector medic primar la Spitalul Colţea din Bucureşti.

— Dl Dr. Frumuşeanu Take, conferenţiar la Facultate, a fost numit director medical al Staţiunii balneo-climatice maritime „Eforia".

— Dl Dr. Reissenberger Ludovic, medic de circ. urbană la Serviciul Sanitar al Municipiului Sibiu, se pensionează pe ziua de 15 Martie 1934, în baza art. 266 din legea sanitară.

— Dl Dr. Ovidiu Păcurariu a fost numit, pe ziua de 15 Februarie 1934, medic de ambulatoriu, cu titlu definitiv, în specialitatea „boli interne", la Ambulatoriul Policlinic din Braşov, pe baza concursului depus.

— In ziua de 24 Aprilie 1934, se va ţine în Bucureşti, la Direcţiunea medicală C. F. R., st. General Papadat, (Witting) Nr. 2, examenul pentru

ocuparea a nouă posturi de medici, la circ. medicale C. F. R.; între aceste posturi se prenumără şi acelea dela circ. C. F. R. Braşov, Blaj, Beiuş, Gătaia şi Petroşani.

Condiţiunile examenului sunt detailate în Suplimentul la „Foaia Oficială C. F. R." Nr. 688 din 15 Februarie 1934, precum şi în publicaţia Nr. 22.740 R. A. 1934 din 15 Februarie 1934, inserată în Monitorul Oficial, Partea I-a la pagina 1071 a Nr. 42 din 20 Februarie 1934.

***Posturi vacante**: 1 post de medic primar la Serv. Stomatologic dela Spitalul Colţea.*

1 post de medic auxiliar la Ambulatorul Anti-veneric II Iaşi.
1 post de medic secundar la Spitalul „I. C. Brătianu" din Buzău.
1 post de medic primar de spital la Spitalul Greci — Olt.
1 post de medic circ. urbană la serviciul sanitar municipiul Cernăuţi.
1 post de medic circ. rurală al serv. sanitar jud. Ismail.
1 post de medic primar director la spitalul din Mediaş.
1 post de medic auxiliar la centrul pentru ocrotirea copiilor Chişineu.
1 post de medic intern la sanatorul Clemet com. Bucium jud. Iaşi.
1 post de medic auxiliar la spitalul de izolare Iaşi.
1 post de chimist asistent pentru aliment. municipiul Cluj.
1 post de asistenţă socială, sanitar, municipiul Cluj.
1 post de soră de ocrotire la spitalul Dicio-Sân-Martin.

***Nota redacţiei.** Atragem atenţiunea tuturor colegilor că, deodată cu numărul 3 al revistei v'om trimite şi mandat de plată pentru achitarea abonamentului. Rugăm pe toţi binevoitorii noştri ca să-şi achite cu această ocazie abonamentul pe anul 1934, cunoscând că numărul 4 nu se va expedia decât acelora cari şi-au achitat abonamentul.*

Gouttes **NICAN**

Tuse

Spasmodice, Convulsivă, Gripa, Tuberculosa

Tratamentul Insomniei prin

SOMNOTHYRIL

(1—3 pilule pe zi)

Laboratoires CANTIN a Palaiseau (France)

CEREOSSINE

(os proaspăt total)

Simple, Iradiate, Decalcificare, Creştere, Convalescenţă, Tuberculosă, Fracturi

ENTEROBYL

Drenaj Biliar

Antiseptie Biliară şi Intestinală

Desensibilisator

Laboratoires DEHAUSSY a Lille (France)

RHESAL

(Ether M. Salicilic a glicerinei)

Anti REUMATISMAL

Anti NEVRALGIC

LUMBAGOSCIATICA-TORTICOLIS

NOPIRINE

(Tablete)

Anti reumatismal

ANALGESIC / ANTIPIRETIC

DIMETOL

(Granule)

ARTRITISM, GUTA, REUMATISM

SPECIFIC AL DIATHESEI ARTRITICE

Laboratoires VICARIO Paris

Reprezentanţi şi depozitari pentru România:

„AGENCE ROUMAINE FRANCAISE“

Bucureşti, 37 Sft. Apostoli.

BISMJOCHIN

Medicament spirilicid, în suspensiune oleoasă. Injecţiuni intramusculare. Dozaj: 0.20/2 ccm. şi 0.20/4 ccm. Cutii de 6, 12 şi 100 fiole.

GONOTROPIN

Dragele cu conţinut de: Papaverin, Novatropin, Methylenblau, Camphor monobromat şi Hexamethyentetramin.

Indicat în afecţiunile blenoragice acute sau cronice. Cutia a 40 dragele.

CATERCHIN

Injecţiuni oleioase, intramusculare, cu conţinut de: Chinin, Camphor, Ol. Therebentin

Indicat în toate afecţiunile blenoragice. Cutii a 10, 50 şi 100 fiole.

Specialităţi preparate de:

Laborator Farm. „HYGEA“, Cluj,

Piaţa Mihai Viteazul 14.

La cererea D-lor medici, laboratorul trimite mostre şi literatură.

Anul I. No. 3. 10 Lei Exemplarul. 15 Martie 1934.

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASIGURĂRI SIBIU

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretari de redacție:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comșa, I. Cosma, G. Ghițescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuș, L. Ionașiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roșca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacția: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administrația: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole științifice:

Prof. Dr. I. Goia: Contribuțiuni la forma localizată a limfogranulomatozei maligne . . Pag. 117

Dr. Gh. Preda, Dr. Stoenescu și *Hefner:* Planul și tehnica de urmat în tratamentul prin șoc la bolnavii mintali precum și rezultatele obținute . . „ 125

Dr. Gh. Iamandi: Considerațiuni asupra stazei duodenale în legătură cu câteva cazuri clinice . . . . . „ 129

Dr. H. Tănăsescu: Metode Therapeutice de Obstetrică și Gynecologie . . . . . „ 145

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Proiectul pt. înființarea Academiei Române de Medicină . . . Pag. 157

Dr. I. Cosma: Publicul și medicina . . . . . „ 160

Dr. I. Stoichiția: Trei ani de activitate în Plasa sanitară model Gilău . . . . . „ 163

Dr. I. Cosma: Mișcarea populației în județul Sibiu în luna Februarie 1934 . . . . . „ 168

Revista revistelor . . . . „ 170

Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 177

Note și informațiuni . . . „ 181

Sanatorul Dr. Ittu

Informațiuni, prospecte și birou de primire
Sibiu, Str. Regina Maria 36
Telefon 280.

Institut dietetic, fizioterapeutic, familiar, cu confort și instalațiuni moderne. In camere apă rece și caldă curgătoare, încălzire centrală, apaduct dela munte, canalizare, lumină electrică, parc, plaje cu duș în plin soare etc. Hidroterapie completă cu cele mai diferite dușuri și putini. Băi medicamentoasă, băi în spumă și sub spumă. Băi acido carb, normale și sub spumă. Băi oxygen și Kneipp. Băi perle de aer liber sau sub spumă. Masajuri normale, masaj aqual și subaqual. Injecții, Electroterapie, Raze Röntgen, Raze ultraviolete Quarz, Solux, Raze infraroșii, ultraroșii, albastre, violete. Dușuri de aer cald și rece. Diferite termofoare. Cabinet special pentru inhalații și pulverizații. Microscopie și analise medicale. Sanatorul e lângă marele parc „Sub arini" în o admirabilă poziție, la 442 m. altitudine, în legătură cu centrul orașului și pădure cu tramvai electric iar cu băile Ocna-Sibiu la oră. E întreg anul deschis. Se primesc convalescenți surmenați, anemici, nervoși, hipertensivi, cardiaci, diabetici, artritici, tabetici, lumbago, ischiaș reumatism și diferite debilități, boale de stomac etc. Se face cură de îngrășare și de slăbire prin dietă, masaj și prin băi speciale, cură de refacere după operații grele, cură pentru Basedow. Pentru damblagii, drepresiuni, oboseli trupești și sufletești, indispoziție de muncă, diferite morburi de nervi, perturbări senile sau sexuale se face o cură specială prin oxydarea corpului cu hormoni-vitamine. Nu se primesc tbc. nici mintali bolnavi. Prețuri moderate — conform timpului.

Avantagiile **BIOTONICUM**-ului sunt:

Biotonicum

are un efect însemnat în urma conținutului său de fier și mangan sub formă colloidală.

Biotonicum

are un gust foarte bun și agreabil, fiind suportat de orice stomac sensibil, ba îl iau cu predilecție și copiii.

Biotonicum

este embalat cu gust și estetic, mai sobru decât preparatele analoage străine.

Biotonicum

este cu mult mai ieftin ca celelalte tonice, se poate prescrie cu și fără arsen, adăugându-i-se și Cola sau strychnină în caz de lipsă, ceia-ce 'l face adaptabil unui tratament individual.

Biotonicum-ul

se prepară în modul cel mai conștiincios din sacharat de fier mangan Helfenberg și glicerofospat Merck.

Biotonicum

prin experiențele multe din ultimii 10 ani și-a asigurat atențiunea și încrederea medicilor prin compoziția sa uniformă, prin ambalajul său estetic, prin gustul său plăcut și asimilabilitatea sa ușoară precum și eficacitatea sa mare, justificându-și totodată un nume ca preparat sugestiv și care se impune.

Biotonicum

se întrebuințează cu preferință de cei mai mulți medici în clinici, spitale și sanatorii.

Farmacia „La Primărie“ O. Alesi, Sebeș-Alba.

Anul I. Nr. 3. 10 Lei Exemplarul. 15 Aprilie 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

UNION BIO-WERKE

CRYNOTON — Tonic

O lingură înaintea fiecărei mese.

CRYNO-CALCIUM VITAMINANT GRANULE — Calicifiant

2 linguriţe pe zi.

PASSOSPASMOL — Sedativ nervos

2—3 linguriţe pe zi.

Repr. pentru România:

Farmacist PETRE ILIE, Bucureşti, str. Mircea Vodă 48.

In loc de extracte ovariene totale cu acţiune variabilă, prescrieţi:

GLANDUBOLIN RICHTER

hormonul folicular izolat

Fiole injectabile à 40, 100, 1000 şi 10.000 unităţi per cm^3.

Tablete: à 100, 300 şi 1000 unităţi.

Fabrica de Produse Chimice Gedeon Richter, Bucureşti.

SIBIU, 1934

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

Neosalvarsan

Produsul original Paul Ehrlich

Efectul terapeutic şi toleranţa sunt neîntrecute de nici o imitaţie. Renumit în toată lumea de peste 20 de ani ca cel mai desăvârşit remediu, ca cea mai puternică armă contra sifilisului. Fiecare serie de fabricaţiune controlată şi examinată din punct de vedere clinic de către stat.

NEOSALVARSAN

întrece chiar prescripţiunile de standardizare ale comisiunei de igienă a ligei naţiunilor.

Nici o altă firmă din lume nu dispune ca noi de experienţe egale în fabricaţiunea arsenobenzenelor.

Aşa se explică eficacitatea şi superioritatea Neosalvarsanului faţă de celelalte arsenobenzene.

Preţul considerabil redus: se obţine şi în ambalaje de câte 10 fiole din aceeaş doză.

BAYER

»Bayer-Meister Lucius«
LEVERKUSEN A. RH.

Reprezentanţi generali pentru România:
„PHARMA“ STUDERUS & Co., Bucureşti II, Str Spiru Haret 5.

Contribuţiuni la forma localizată a limfogranulomatozei maligne.

Prof. Dr. I. Goia.

Se ştie că unul dintre elementele cele mai caracteristice ale limfogranulomatozei maligne îl constitue *tendinţa spre rapidă generalizare.* Intr'adevăr, în majoritatea cazurilor, procesul granulomatos afectează în mod progresiv şi într'un timp relativ scurt întreg aparatul limfatic.

In opoziţie cu aceasta — extrem de rar — se relatează şi cazuri la cari afecţiunea rămâne cantonată multă vreme, chiar mai mulţi ani de zile la un grup ganglionar sau se limitează la un singur organ. Cazurile din urmă sunt excepţional de rari. Cu toate acestea ele merită să fie cunoscute, căci prin evoluţia lor prelungită sunt adeseori de natură ca să suscite probleme foarte importante, cari vizează *patogeneza, tratamentul* şi implicit şi *prognosticul* acestei boli încă atât de misterioasă.

Sub acest raport credem că nu sunt fără interes următoarele 4 observaţiuni cari le-am selecţionat dintr'un număr total de 102 cazuri de limfogranulomatoză malignă observate într'o perioadă de 12 ani.

1. R. I. 45 ani, vine în serviciul Clinicei Medicale la 9 Februarie 1931, pentru dureri în regiunea presternală, tuse rebelă şi temperatură subfebrilă.

Până înainte cu 12 ani complect sănătos. Dela această dată observă apariţia unei tumori în regiunea supraclaviculară dreaptă. Tumora la început a avut dimensiunea unei nuci. In timp de 12 ani se augmentează în mod progresiv ajungând la mărimea unui ou de găină, fără să supureze.

Până înainte cu o lună şi-a văzut neconturbat de greaua sa ocupaţiune de plugar. De atunci observă că tumora creşte ceva mai rapid, are dureri în regiunea sternală, e febril şi tuşeşte foarte mult. Tusea apare în accese şi nu e secundată de expectoraţie.

Examenul obiectiv. Avem în faţa noastră un bolnav potrivit nutrit şi uşor palid. In fossa supraclaviculară dreaptă se constată o tumoră de mărimea unui pumn de adult. Tumora e compusă din mai mulţi ganglioni de consistenţă dură cari se pot izola net şi nu sunt concrescuţi cu vecinătatea.

Pe suprafaţa anterioară a toracelui, în special pe emitoracele stâng o bogată reţea venoasă. Tot aici matitate lemnoasă. Examenul radioscopic descopere prezenţa unei tumori mediastinale sferice care împinge aorta şi pediculul vascular în jos şi pe stânga. Splina şi ficatul nu sunt mărite.

Leucocite 6,200.

Polinucleare 73.

Limfocite 22

Monocite 2.

Biopsia făcută din pachetul ganglionar supraclavicular, arată leziuni tipice pentru limfogranulomatoza malignă.

Bolnavul face 6 şedinţe de Röntgen pe tumora supraclaviculară şi mediastinală, după care devine afebril, iar tumorile diminuează considerabil în volum. Ameliorarea este temporară. Dupe un an sucombă.

Bolnavul supravieţueşte deci dela apariţia primelor symptome în total 13 ani.

2. R. B. 42 ani. Intră în clinică la 2 Aprilie 1924

In antecedente personale găsim în copilărie scarlatină, la 10 ani reumatism poliarticular, la 17 ani febră tifoidă.

De un an observă tumefierea ganglionilor în regiunea cervicală stângă. In acelaşi timp are prurit foarte rebel care se exacerbează mai ales noaptea.

Cu aceste symptome consultă mai mulţi medici cari îi prescriu diferite tratamente fără însă să constate vre-o ameliorare. Tot timpul temperatura s'a menţinut normală.

Procedând la examenul obiectiv constatăm următoarele:

Bolnavul de constituţie robustă, cu o stare de nutriţie bună. In regiunea cervicală stângă se palpează doi ganglioni cari se pot separa şi mobiliza uşor. Nu sunt sensibili.

In alte regiuni accesibile, ganglionii nu sunt palpabili.

Splina şi ficatul între limitele normale.

Globule roşii 4,600.000.

Hemoglobină 0,70.

Numărul leucocitelor 9,200.

Polinucleare 74.

Limfocite 18.

Monocite 5.

Eosinofile 3.

Se extirpă unul din ganglionii cervicali. Examenul istologic descopere un tablou caracteristic pentru limfogranulomatoză.

Se inaugurează tratament radiologic, după care ganglionul rămas dispare fără urmă. Dupe trei luni este din nou revăzut aflându-se într'o stare generală excelentă. In regiunea cervicală stângă nu găsim ganglioni măriţi. De asemenea nici în celelalte regiuni ganglionii nu sunt palpabili. Prurit nu a mai avut. Cu toate acestea îl consiliem să mai facă tratament cu Röntgen la nivelul regiunii cervicale stângi.

De atunci an de an face radio-terapie pe regiunea cervicală stângă.

Revăzut mai recent cu 2 luni în urmă, constatăm următoarele: bolnavul se află într'o stare de nutriţie bună. In regiunea cervicală stângă se găsesc trei ganglioni de mărimea unor alune. In rest, ganglionii nu sunt palpabili. Splina nu e mărită. Tot timpul a fost afebril. Prurit dela părăsirea serviciului nostru n'a mai avut.

Examenul sanguin ne dă relaţii normale.

In rezumat după 9 ani şi 4 luni dela apariţia primei adenopatii, bolnavul face impresia unui individ complect sănătos.

Cazul următor a făcut obiectul unei comunicări a dlui Prof. Titu Vasiliu (Le Sang) care a insistat mai mult asupra particularităţilor anatomo-patologice pe care le-a prezentat.

Cazul prin evoluţia lui este extrem de interesant şi din punct de vedere clinic.

Este vorba de o colegă în etate de 22 ani, care vine la consultaţiile noastre particulare în 5 Maiu 1923, pentru dureri gastrice atroce cari survin „à jeun" şi se calmează imediat după ingerarea alimentelor. După 1/2—3 ore durerile însă reapar cu aceiaşi intensitate. Adesea are şi dureri nocturne. Concomitent acuză o salivaţie abundentă.

In faţa acestor simptoame clinice ne gândim la prezenţa unui ulcer gastric. Un diagnostic care a fost confirmat prin examenul radiologic:

Stomacul sub formă de cârlig, situat sub ombilic. In 1/3 inferioară a curburii mici se găseşte o umbră diverticulară de mărimea unui bob de fasole. In dreptul acesteia curbura mare contractată spasmodic. Evacuarea uşor retardată. După 6 ore, un mic rest de bismut în stomac şi în nişa de pe curbura mică.

Inaugurăm un tratament dietetic şi se administrează substanţele alcaline. după care bolnava se simte mai ameliorată. Imaginea radioscopică a stomacului rămâne însă complect nemodificată.

După 3 luni durerile reapar cu aceiaşi intensitate.

Reluând însă tratamentul dietetic şi medicamentos, durerile se atenuează şi în decurs de 4 săptămâni dispar complet.

După 3 ani de zile, în care timp are mai multe faze dureroase succedate de perioade mai mult sau mai puţin lungi, urmate de completă acalmie, durerile iau un caracter continuu. Ele nu se mai calmează nici după alimentaţie şi nici la medicaţia alcalină.

De data aceasta e văzută de dl Prof. Haţieganu care dimpreună cu D-rul Hângănuţiu, constată la radioscopie următoarele: stomacul se prezintă amputat în partea sa pilorică şi e situat sub ombilic. Porţiunea pilorică nu se poate evidenţia nici la presiune manuală nici în decubit lateral drept.

In poziţia verticală, la partea terminală a curburii mici, se constată o nişă atipică. Deasupra acesteia la palpaţie se simte o rezistenţă foarte sensibilă.

După 2 1/2 ore stomacul se prezintă sub formă de cârlig cu tonicitatea mai slabă. Curbura mare la 3 degete sub ombilic.

Evacuarea spontană e minimală. După presiune însă se poate obţine o evacuare bună.

Bulbul duodenal se desemnează sub formă de trifoi.

Partea a doua a duodenului alongită si trasă sub falsele coaste, fixată şi dilatată în formă de diverticol, cu o umbră persistentă, foarte sensibil la presiune.

După 8 ore imaginea stomacului se prezintă iarăşi amputată. Jumătate din massa de bariu se află încă în stomac.

După 24 de ore 1/4 rest în stomac. Iar după 48 de ore un rest linear care persistă chiar după 68 de ore.

Diagnosticul clinic a fost de *ulcer duodenal, diverticol de tracţiune* şi *ulcero-cancer gastric.*

Cu acest diagnostic a fost transpusă în serviciul dlui Prof. Iacobovici şi operată de D-Sa la 31 Decemvrie 1926.

Se execută rezecție gastrică până dincolo de pilor cu 2 cm. și apoi se face o anastomoză tip Reichel, extirpându-se totodată și ganglionii curburii mici. Unul din ei ajunge mărimea unei nuci.

Preparatul e trimis la Institutul de Anatomie Patologică, unde dl Prof. Titu Vasiliu găsește următoarele:

Mucoasa are aspectul unui creier prin prezența circonvoluțiunilor făcute prin vilozitățile mărite ale mucoasei. Pe curbura mică aproape de pilor se constată o ulcerație de 6 cm. diametru, care pătrunde până la musculatură.

Istologic se constată că e vorba de o ulcerație produsă pe o massă de țesut linfogranulomatos.

După operație bolnava se simte perfect de bine și se îngrașă 3 Kgr. Pentru a consolida rezultatul obținut prin intervenția chirurgicală, i se fac 6 ședințe de Röntgen pe regiunea epigastrică.

De atunci bolnava se bucură de perfectă bună stare, după cum ne-am putut convinge personal înainte cu 3 luni, când am supus-o unui examen radical Cu această ocazie nici clinic nici radiologic nu am putut constata nici un symptom care ar putea pleda pentru o recidivă.

Bolnava supraviețuește deci dela apariția primelor simptome gastrice, în total 11 ani de zile.

In acest caz este demn de relevat că simultan cu leziunea granulomatoasă de pe stomac s'a găsit, din punct de vedere radiologic, o ulcerație și pe bulbul duodenal. După intervenția chirurgicală și radioterapie, această ulcerațiune nu s'a trădat prin nici un symptom clinic. Intrebarea rămâne deschisă dacă a fost vorba de un ulcer simplu sau și acesta s'a grefat pe o infiltrație granulomatoasă.

Inclinăm totuși să credem că a fost vorba de un ulcer duodenal obișnuit, care a produs aderențe considerabile în vecinătate și astfel a dus la formarea imaginei diverticulare relevată în buletinul radiologic.

N. A. de 39 de ani. In antecedentele personale, malarie cu 3 ani în urmă. Vine în clinică la 31 Decemvrie 1931, pentru dureri în flancul și fosa iliacă dreaptă pe cari le are de 3 ani de zile.

Durerile survin în accese iradiind în regiunea periombilicală, durează câteva ore, sunt acompaniate de scaune diareice. Diareea durează câte 2—3 săptămâni după care se instalează o fază de completă acalmie. In câteva reprize a observat în scaune sânge, în cantitate destul de mare, precum și mucozități abundente.

In timpul perioadelor de diaree a avut febră între 37.5^0—38^0.

Inainte cu un an durerile se potențează și prezintă diaree foarte rebelă cu scaune sanghinolente, pierzând relativ o cantitate destul de mare de sânge.

Cu aceste fenomene este internat într'un sanator din localitate unde se constată în fosa iliacă dreaptă o tumore de mărimea unui măr mai mic a cărui origine nu se poate preciza.

Pentru precizarea diagnosticului i se propune laparotomie exploratoare pe care bolnavul o refuză părăsind serviciul.

Timp de un an după aceasta se simte relativ destul de bine. Din când în când are însă dureri abdominale de o intensitate mai redusă și diaree rebelă.

In timpul din urmă, aproximativ de o lună, durerile se accentuează iradiind în jos spre piciorul drept. Durerile se potențează mai ales la mers. Din cauza aceasta este silit să rămână în repaus. Devine inapetent, slăbește din ce în ce mai mult pierzând în acest interval aproximativ 3 Kgr.

La intrarea în serviciul nostru ne aflăm în faţa unui bolnav emaciat şi anemiat.

Ganglionii externi nu sunt palpabili în nici o regiune. Abdomenul e de circonferinţă normală. In fosa iliacă dreaptă palpăm o rezistenţă de mărimea unei portocale, care se extinde în sus spre flancul drept. Tumora are o saprafaţă neregulată e dură şi e foarte mobilă. In sus ea e deplasabilă până în loja renală dreaptă, iar în spre stânga până spre linia mediană. La presiune uşoară tumora e foarte sensibilă.

La examen radioscopic (Dr. Hăngănuţiu) stomacul şi duodenul se prezintă normal.

După 5½ ore dela ingerarea substanţei opace 2/3 din bariu se află în ansele prececale, cari se prezintă ceva mai dilatate fiind uşor deplasabile.

Cecul şi ascendentul formează o singură massă tumorală imitând forma unei ridichi cu partea ascuţită privind în spre ultima ansă ileală.

Mucoasa cecului şi a porţiunei ascendente a intestinului gros prezintă o imagine lacunară. Tumora e deplasabilă, atât activ, cât şi pasiv.

Transversul e ptozat fără să prezinte nimic patologic.

Bolnavul are zilnic câte 3—4 scaune semilichide conţinând foarte multe mucozităţi. Reacţia Gregerzen în repetate rânduri dă rezultat pozitiv.

Bacilloscopia, făcută din scaun, pentru bacilul Koch negativă.

Cu diagnosticul de tumoră intestinală bolnavul este trecut în serviciul dlui Prof. Iacobovici, fiind operat la 28 Ianuarie 1932.

La laparotomie se constată în fosa iliacă dreaptă o tumoră de mărimea unui cap de copil, ce cuprinde cecul şi o bună parte din colonul ascedent. Tumora e vascularizată şi foarte neregulată. Ganglionii mezentrici din această parte sunt tumefiaţi.

Se extirpă tumora împreună cu ganglionii mezentrici regionali aflaţi ipertrofiaţi.

La 4 zile după operaţie bolnavul cu fenomene de debilitate cardiacă sucombă.

Examenul anatomopatologic făcut de dl Prof. Titu Vasiliu, constată că e vorba de o tumoră linfogranulomatoasă.

Deşi rezultatul operaţiei, din cauza stadiului avansat al boalei, nu a fost cel dorit, cazul este totuş interesant prin faptul că tumora granulomatoasă a rămas 3 ani de zile limitată la intestin fără să se generalizeze.

In ansamblul lor aceste cazuri de limfogranulomatoză malignă, deşi reprezintă forme clinice variate, se aseamănă totuşi foarte mult prin evoluţia lor torpidă îndelungată.

Atât în celea două cazuri ganglionare cât şi în ultimile viscerale, leziunea rămâne foarte multă vreme limitată şi evoluţia lor este lentă având o durată neobişnuit de lungă.

In primul caz, generalizarea survine după o evoluţie locală de 12 ani de zile. In al doilea, leziunea rămâne localizată până în prezent timp de 9 ani de zile.

Este evident că în cazul prim s'ar putea cu drept cuvânt ridica obiecţiunea pe deplin justificată că limfogranulomatoza descoperită prin biopsie, ar putea fi de o dată mai recentă. Ea s'ar fi grefat doar pe nişte ganglioni cari anticipativ au fost sediul unui proces cu totul

de altă natură, mai probabil bacilară. Această supoziție deși nu se poate infirma cu o absolută certitudine, totuși ne pare puțin verosimilă și greu de susținut.

In contra ei pledează în primul loc etatea bolnavului apoi localizarea afecțiunii ganglionare și împrejurarea că adenopatia a crescut în mod lent dar totuși progresiv, fără să arate nici o tendință spre supurare. Tot aci subliniem că biopsia deși a fost făcută din ganglionii prima oară afectați nu s'a putut găsi nici urma unui proces de natură bacilară sau de altă natură.

Cazurile noastre de altfel nu sunt izolate. Observațiuni similare au mai fost relatate de Zigler (trei cazuri) apoi Maresch, Vestphal, Paltauf.

Cât ce privește cele două cazuri din urmă, nu mai începe nici o îndoială că ele reprezintă două forme digestive pure cu evoluție locală.

In primul caz leziunea rămâne limitată 3 ani de zile sub formă de infiltrație granulomatoasă ulcerată la nivelul curburei mici a stomacului. In acest interval de timp bolnava prezintă, atât clinic, cât și radiologic fenomene caracteristice pentru ulcerul gastric.

Diagnosticul acesta ne-a părut cu atât mai sigur cu cât simptoamele subiective au cedat destul de prompt la tratamentul dietetic și medicamentos uzitat în ulcerul gastric simplu. In opoziție cu aceasta însă simptomele radiologice și în special nișa rămân nemodificate. O împrejurare care o ținem în mod special să o relevăm, căci demonstrează că la aceea dată era deja o infiltrație granulomatoasă ulcerată, care evident că nu putea fi influențată prin tratamentul inaugurat.

Discordanța aceasta între simptomele subiective și obiective, ținem să o subliniem în mod deosebit, întrucât constitue un fenomen neobișnuit în ulcerul gastric simplu, mai ales în faza lui inițială. Ea poate servi într'un caz dat ca un indiciu pentru prezența unei ulcerațiuni gastrice atipice și în consecință ne poate face să ne gândim și la posibilitatea unei leziuni granulomatoase.

Relevăm tot aci lipsa acidului clorhidric care s'a semnalat și în alte observațiuni de natura aceasta.

Cazul ultim prezintă timp de 3 ani de zile dureri abdominale acompaniate de diaree rebelă cu scaune muco-sanguinolente. Prezența unei tumori mobile la nivelul porțiunei ceco-ascendente a intestinului gros, pe lângă o stare generală relativ bună, pleda evident contra unei neoplazii maligne. In schimb făcea însă probabilă o leziune de natură bacilară la acel nivel.

Subliniem însă că bacilloscopia făcută pentru bacilul Koch a dat rezultat negativ.

Tumora cum s'a dovedit la intervenţia chirurgicală era net delimitată şi perfect accesibilă pentru exereza operativă.

Cazurile acestea pe lângă particularităţile clinice, sunt extrem de importante în urma evoluţiunii lor neobişnuite. Prin caracterul lor localizat şi strict limitat la o regiune ganglionară şi la un organ ele sunt susceptibile de-a ne indica punctele pe unde penetrează virusul granulomatos în organism.

Primele două cazuri, în cari sunt interesaţi exclusiv ganglionii cervicali, fac foarte verosimilă teza că virusul granulomatos pătrunde în organism prin nas, gură şi în special prin aparatul limfatic faringian şi amigdalian. Punctul de penetraţie cu toate acestea nu poate fi stabilit şi verificat căci virusul nu-şi lasă „semnătura" la poarta de intrare.

Cu atât mai preţioase sunt sub acest raport formele digestive pure caşi cele relatate mai sus.

Leziunea granulomatoasă izolată în cazul prim la nivelul curburii mici a stomacului, iar în observaţia a doua la porţiunea cecoascendentă a colonului indică în mod evident punctul de penetraţiune al virusului granulomatos.

Caracterul autonom strict delimitat al leziunii în formele digestive pure, se pare că, e în funcţie de anumite proprietăţi ale mucoasei gastro-intestinale.

Mucoasa gastro-intestinală se pare că are capacitatea de a fixa multă vreme virusul pe loc. Această proprietate a mucoasei gastro-intestinală se validitează de altfel nu numai faţă de virusul granulomatos ci ea se manifestează uneori şi faţă de bacilul Koch. In locul acesta nu putem să nu relevăm asemănarea frapantă a leziunilor granulomatoase digestive cu cele de natură bacilară, atât sub raportul localizării, aspectului anatomopatologic, cât şi în privinţa fizionomiei lor clinice.

Trebue deci să presupunem că mucoasa gastro-intestinală printr'o reacţie specială are capacitatea de a bloca virusul granulomatos, temperând virulenţa lui şi temporizând invadarea lui în sistemul reticulo-endotelial propriu zis. In felul acesta se poate explica de ce în formele digestive ale limfogranulomatozei maligne splina nu s'a găsit afectată decât în 30 de procente a cazurilor. Dar chiar şi în aceste cazuri leziunea splinei a fost minimală.

Prin caracterul lor autonom aceste forme ale limfogranulomatozei maligne se pretează admirabil la intervenţia chirurgicală

Succesul obținut prin exereza operatorie, în cazurile lui Staendl, Grott, Froeboese și unul dintre cazurile noastre, întrece toate așteptările.

Pentru viitor, în *leziunile tumorale sau ulceroase ale tractului gastro-intestinal, care evoluează cu o simptomatologie atipică*, la *stabilirea diagnosticului va trebui să luăm în combinație și limfogranulomatoza malignă*. Orice bănuială în această direcție, mai ales dacă afecțiunea gastro intestinală se prezintă sub formă tumorală, ne va impune în mod imperios intervenția chirurgicală. In aceste cazuri o exereză chirurgicală făcută la timp poate determina nu numai ameliorări temporare ci chiar vindecări complete definitive.

Dacă în privința aceasta, optimismul e pe deplin justificat în formele digestive, în schimb în formele ganglionare — chiar dacă ele sunt localizate și au o evoluție torpidă — rezultatele chirurgicale sunt în general puțin satisfăcătoare.

In casuistica noastră avem un singur caz — operat în alt serviciu care recidivează la 7 ani după exereza chirurgicală. In alte două cazuri intervenția a fost fără efect.

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

Planul şi tehnica de urmat

în tratamentul prin şoc la bolnavii mintali precum şi rezultatele obţinute

de

Dr. Gh. Preda, Dr. Stoenescu şi Hefner.

Mijloacele terapeutice provocatoare de şoc au fost experimentate pe o scară întinsă în diferitele servicii ale spitalelor, deci şi în spitalul nostru. Noi am preferat să încercăm într'un cadru mai larg şi mai sistematic şocul emoţional prin mijloace chimice, fizice, psihice şi mecanice, în special prin injecţiile cu ser (anafilactic, de om sănătos, de convalescent, dela maladii cu manifestări opuse şi dela animale, etc.), cu scopul de a vedea la ce rezultate putem ajunge la diferitele categorii de boale mintale şi întru cât prin această acţiune şocantă, s'ar putea confirma baza teoriei psihozelor, descrisă deja de noi [1]).

Am cercetat:

A) *Agenţi chimici care pot produce şoc.*

a) Injecţiile cu ser

1. Autoseroterapie { Anafilactică / Simplă
2. Homoheteroseroterapie dela convalescent { Compatibil / Incompatibil
3. Homoheteroseroterapie dela sănătos: Incompatibil.
4. Homoheteroseroterapie dela şi la maladii cu manifestări opuse.
5. Heteroseroterapie dela animale.

B) *Agenţi fizici care pot produce şoc* { I. Căldura / II. Lumina, etc.

C) *Agenţi psihici care pot da şoc emoţional.*

Impresiuni auditive şi vizuale.

---

[1]) Câteva consideraţiuni şi rezultate obţinute prin tratamentul cu şoc la bolnavii mintali.

Revista „România Medicală", 1930.

D) *Agenţi mecanici*:
a) Munca agricolă
b) Munca industrială etc.[1])

. . . . . .

Pentru încercările cu ser, care formează subiectul de faţă, noi am întrebuinţat următoarea tehnică: Bolnavul era pus la pat cu trei zile înainte de începerea tratamentului, prescriindu-i-se regim lacto-vegetarian. Se lua temperatura şi tensiunea arterială de trei ori pe zi.

Acei, dela care s'a luat sângele, au rămas la regimul lor obişnuit, iar puncţia venoasă s'a făcut dimineaţa sau seara înainte de mâncare.

Luarea sângelui s'a făcut după toate regulile de antisepsie, lăsându-se să se decanteze dela sine şi numai dacă separarea a fost incomplectă, s'a centrifugat a doua zi. Pentru ser anafilactizat s'a pus sângele la termostat pentru decantare, la o temperatură de 39 grade, timp de şase ore (prin această metodă, sângele a suferit o autoliză, albumina devenind heterogenă). Compatibilitatea sângelui s'a făcut după metoda Beth-Vincent, simplificată şi descrisă de Giraut. Această metodă constă în aceea că se ia sângele dela bolnavul ce va primi injecţia, iar după decantare se pune pe o lamă una sau două picături de ser şi se lasă să cadă din pulpa degetului viitorului dătător de sânge, o picătură, apoi se omogenizează bine. Dacă se produce aglutinarea, (prin formarea de mici granulaţiuni cărămizii în masa amestecului), avem incompatibilitate, iar dacă amestecul rămâne omogen după 20—30 minute, producându-se o uscare treptată dela periferie spre centru, avem compatibilitate.

Injecţiile s'au făcut intravenos dimineaţa înainte de mâncare, începându-se cu 0.50 cm.^{3} şi mărindu-se în fiecare zi doza cu 0.50 cm.^{3}, până la cantitatea de 10 cm.^{3} ser odată. Aproximativ pentru fiecare caz tratamentul a durat 20 zile.

---

[1]) S'a publicat până în prezent:

Din capitolul „Agenţi fizici";

„Simpatico şi parasimpaticoterapia reflexă aplicată la unele categorii de bolnavi mintali", „Clujul medical" 1930.

„Rezultatele cu raze ultra violete la stările depresive". „Presa medicală Bucureşti", 1932.

„Diatermia în boale mintale", „Spitalul", Bucureşti, 1932.

Din capitolul „Agenţi psihici", urmează să fie publicat în curând un articol al unuia din noi (Dr. Preda), intitulat „Muzica vocală şi instrumentală ca ştiinţă psihofiziologică şi psiho-terapeutică".

In cât priveşte „munca agricolă şi industrială" s'a publicat de dnii Dri L. Ionaşiu şi I. Popescu, Sibiu, „Munca, metodă de tratament la bolnavii mintali", „Revista de igienă socială", Bucureşti, 1931.

S'au constatat contraindicaţiuni la acest tratament, pentru acei ce prezintă hipotermie şi tensiunea arterială minimă sub 7 cu Pachon.

Rezultatele obţinute se rezumă în:

1. **Autoseroterapie:** I. *Prin ser anafilactizat.* Pentru această categorie am luat 6 schizofrenici şi 3 epileptici, dintre cari patru schizofrenici în stare de cronicitate şi doi schizofrenici incipienţi (cu diagnoza încă nesigură); doi epileptici cu 5—6 atacuri pe zi şi un epileptic cu atacuri rare, însă de zece zile neliniştit (stare confuzională, agresiv).

După tratament observăm că schizofrenicii au devenit în parte mai comunicativi (se putea în oare care măsură susţine o conversaţie cu ei), iar unii au manifestat dorinţa de a merge la lucru. Unul singur, care era bolnav de 15 ani, a rămas neschimbat.

Epilepticul cu 5—6 atacuri, după tratament a ajuns să aibă unul sau două atacuri pe zi, cel cu stare confuzională s'a liniştit şi de o lună merge cu echipa la lucru.

II. *Prin ser simplu.* In această grupă s'au făcut încercări la un schizofrenic incipient şi la un epileptic cu atacuri diurne. Rezultatele au fost nule, bolnavii neprezentând nici o modificare a stării psihice.

2. **Homoheteroseroterapie de bolnav mintal convalescent.**

I. *Prin ser compatibil.* La doi schizofrenici în stare de cronicitate. Rezultatele foarte slabe. O uşoară modificare a stării psihice, iar starea fizică neschimbată.

II. *Prin ser incompatibil.* La un schizofrenic şi un epileptic. După tratament, la schizofrenic a cedat starea catatonică şi puţin mutismul, starea fizică neschimbată. Epilepticul, dela 5—7 atacuri pe zi, i s'au redus la 1—2, iar după 8 cm^3. a revenit la 8 atacuri pe zi, într'o formă foarte gravă.

(Am socotit drept covalescent, epilepticul ce are un atac la o lună de zile).

3. **Homoheteroseroterapie dela omul sănătos.**

I. *Prin ser compatibil.* La doi epileptici, unul cu 7 atacuri pe zi şi demenţiat, altul cu 3 atacuri diurne, neliniştit, şi care nu putea să vorbească. Cel demenţiat după tratament (din cauza venelor prea profunde i s'au făcut injecţii sub cutanate) a ajuns la rărirea atacurilor (1—2 la zi), iar starea psihică neschimbată. Celalalt epileptic după 2 cm.^{3} a ajuns la rărirea atacurilor, iar la 7 cm.^{3} la dispariţia lor. Ca stare psihică s'a arătat liniştit şi a început să vorbească. După 30 zile a revenit la starea anterioară.

4. **Homoheteroseroterapie dela şi la maladii cu manifestări opuse.** La 3 schizofrenici în stare catatonică s'a injectat ser dela un maniac, începându-se cu 3 cm.^{3}, până la 5 cm.^{3}, fără a se observa vre-o schimbare.

5. **Heteroseroterapie dela animale (berbec).** Pentru această categorie s'au luat 4 epileptici, la cari s'a injectat venos, ser de berbec, începându-se cu $^1/_2$ cm.^{3} şi s'a ajuns pentru 2 cazuri până la 3 cm.^{3}, iar pentru alte 2 cazuri la 4 cm.^{3}.

Fenomenele observate. Temperatura a crescut dela 36° la 37°, iar după a 6 zi de tratament temperatura a revenit la normal. Tensiunea arterială cu Pachon: maxima a variat între 11—13, iar minima între 7—5$^1/_2$. Intrucât priveşte atacurile epileptice, la 3 cazuri s'a micşorat numărul lor, iar după încetarea tratamentului, atacurile s'au menţinut între 3—7 pe zi. La unul din cazuri, după 6 zile de tratament, atacurile s'au înmulţit simţitor, ajungând dela 3—4 pe zi, la 20. Din a 7-a zi până la a 17-a zi, atacurile au variat între 10—15 pe zi. Timp de 10 zile după tratament bolnavul n'a mai avut nici un atac.

Am putea spune că prin acest din urmă tratament, atacurile epileptice au fost mai slabe ca intensitate şi durată. Tulburări urticariene au apărut în trei cazuri. Primul la 9 zile după tratament, iar celelalte două la un interval de 6—7 zile. Aceste din urmă au fost urmate de hipotensiune şi stare de somnolenţă.

Slabele rezultate obţinute prin şocul cu ser, nu ne-au încurajat să continuăm cercetările noastre pe un număr mai mare de cazuri.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes).** — 2 cuil. à dessert **(Enfants)** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

BISMJOCHIN

Medicament spirilicid, în suspensiune oleioasă. Injecțiuni intramusculare. Dozaj: 0.20/2 ccm. și 0.20/4 ccm. Cutii de 6, 12 și 100 fiole.

GONOTROPIN

Dragele cu conținut de: Papaverin, Novatropin, Methylenblau, Camphor monobromat și Hexamethyentetramin.

Indicat în afecțiunile blenoragice acute sau cronice. Cutia a 40 dragele.

CATERCHIN

Injecțiuni oleioase, intramusculare, cu conținut de: Chinin,
Camphor,
Ol. Therebentin

Indicat în toate afecțiunile blenoragice. Cutii a 10, 50 și 100 fiole.

Specialități preparate de:

Laborator Farm. „HYGEA", Cluj,

Piața Mihai Viteazul 14.

La cererea D-lor medici, laboratorul trimite mostre și literatură.

Clinica chirurgicală din Cluj.
Director: Profesor Dr. Alexandru Pop.

Consideraţiuni asupra stazei duodenale în legătură cu câteva cazuri clinice

de Doctor **Gheorghe Iamandi.**

In ultimii ani s'au operat, în clinica chirurgicală din Cluj, un număr de 11 bolnavi care prezentau sindromul obstrucţiei duodenale.

Staza duodenală, prin efectele ce produce asupra stomacului, căilor biliare şi pancreasului, face ca acest sindrom să aibă o importanţă practică considerabilă.

Aceşti bolnavi, a căror maladie este foarte des confundată cu ulcerul gastric, stenoza pilorică, ulcerul duodenal, cholecistita, sunt supuşi de diferiţi medici la tot felul de regimuri, tratamente medicamentoase, fără să-şi găsească nici o ameliorare, sunt apoi luaţi drept nevropaţi sau neurastenici. Aceasta se întâmplă numai din cauză că, boala prin diferitele aspecte sub care se prezintă, rămâne des necunoscută. Printr'un examen amănunţit, bine condus dar mai ales cu ajutorul examenului radiologic, diagnosticul poate fi pus cu uşurinţă.

Intâi, mai jos, vom rezuma observaţiunile complecte ale bolnavilor noştri, ca apoi bazaţi pe aceste observaţiuni să facem comentariile necesare.

Observaţia I. T. I. de 40 ani. Agent de poliţie.

In antecedente nu se constată nimic deosebit.

Boala actuală datează de cinci ani. A debutat cu dureri în epigastru şi senzaţie de plenitudine după alimentaţie. Durerile surveneau cam la 3—4 ore după alimentaţie. Are foame dureroasă. După faze de acalmie, fenomenele dureroase reapar din nou cu mai mare intensitate. Din când în când are vărsături alimentare şi mai cu seamă bilioase. Hematemeză a avut la începutul boalei. Nu a observat melena. Nu sufere de constipaţie. De când este bolnav a slăbit cu 20 kgr.

La examenul medical se constată o t. b. c. pulmonară. Din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examene de laborator.

Urina nu prezintă nici un element patologic.

Sucul gastric. Pe foame se scoate 50 cmc. lichid bilios.

H. Cl. = 10. A. T. = 28.

Dejun de probă: H. Cl. = 18. A. T. = 30.

Reacţia Wassermann = negativă.

La radioscopie se constată un stomac în formă de cârlig, uşor ptozat, atonic. Pilorul este permeabil. Bulbul duodenal se umple regulat. Peristaltismul diminuat. După 6 ore stomacul complect evacuat.

Diagnostic radiologic: Suspect de ulcer duodenal.

La 8/IV 1925 se intervine. Rachianestezie cu stovaină-strichnină. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Stenoză duodenală cronică prin arc mezenteric. *Operaţia* G. E. P.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul enorm dilatat; pilorul complect liber. Duodenul este dilatat. La nivelul celei de a treia porţiuni se vede cum arcul mezenteric comprimă duodenul. Colonul transvers ptozat. Mezenterul este lung şi toată masa intestinală este căzută în jos. Se face o G. E. P. şi se închide complect cavitatea abdominală.

Mersul post-operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

Observaţia II. S. G. de 37 ani. De meserie pantofar.

În antecedente nimic deosebit.

Boala actuală datează de un an. A început în mod insidios cu dureri şi senzaţie de plenitudine în epigastru, ce surveneau la o oră după alimentaţie. Mai târziu durerile devin mai violente, încât bolnavul era obligat să ia atitudini forţate (genu-pectorală) după care se mai calma. Nu era constipat. Avea dureri şi în timpul nopţei, cam pe la ora 2. Este operat într'un spital, de apendicită. După o lună durerile survin cu mai mare intensitate. Are vărsături bilioase post alimentare. A slăbit considerabil.

La examenul medical se constată o infiltraţie a ambilor vârfuri pulmonare; din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examene de laborator:

În urină nu se găseşte nici un element patologic.

Reacţia Wassermann = negativă.

La *radioscopie* se constată simptome de ulcer duodenal şi aderenţe cecale.

Se intervine la 18/VI 1926, sub rachianestezie cu stovaină-strichnină. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Compresiune duodenală prin arc mezenteric. Peritonită bacilară. *Operaţia:* duodeno-jejunostomie sub mezo-colică.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul normal. Prima şi a doua porţiune a duodenului sunt mult dilatate. Cea de a treia porţiune este comprimată prin arc mezenteric. Mezenterul prezintă ganglioni măriţi, iar pe intestin tuberculi miliari. Se face o duodeno-jejunostomie. Mersul post operator normal. Revăzut după un an, este bine şi a câştigat în greutate.

Observaţia III. I. I. în vârstă de 32 ani. De meserie plugar.

Boala actuală datează de trei ani. A debutat în mod insidios cu dureri în epigastru şi sensaţie de plenitudine post alimentare. Din când în când prezintă vărsături bilioase şi alimentare. Durerile au un caracter intermitent, după faze de acalmie, reapar iarăşi cu mai mare intensitate. A slăbit cu 7 kgr.

La examenul medical nimic deosebit.

Examene de laborator:

Urina nu conţine nici un element patologic.

Sucul gastric: Se extrage pe foame 47 cmc. suc gastric

A jeun: H. Cl. liber = 18. A. T. = 34.

Dejun de probă: H. Cl. = 50. A. T. = 70

Reacţia Wassermann = negativă.

Glicemie = 1 0 mgr. *Azot rezidual* = 40 mgr.

La radioscopie: Stomac în formă de cârlig, situat normal. Uşor hipertonic. Bulbul duodenal se prezintă cu margini uşor neregulate, aci se percepe o uşoară sensibilitate.

După 6 ore un rest de 2/3 Ba. în stomac, bulbul persistent.

După 24 ore stomacul evacuat Ba. în ileon şi ascedent.

Diagnostic radiologic: Stenoză pilorică (?)

Se intervine la 13/XII 1927, sub rachianestezie cu stovaină-strichnină. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Compresiune duodenală prin arc mezenteric. *Operaţia:* G. E. P.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic deosebit. Pilorul permeabil. Prima şi a doua porţiune a duodenului sunt dilatate, a treia porţiune este comprimată de arcul mezenteric. Se face o G. E. P. şi se închide complect cavitatea abdominală.

Mersul post operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

Observaţia IV. S. T. de 32 ani. Manevrant C. F. R.

Boala actuală datează de 2 ani. A început cu dureri localizate în epigastru ce iradiau în spate, independente de alimentaţie. După câteva săptămâni durerile se intensifică şi apar după alimentaţie la 2—3 ore. Este obligat să ia atitudini forţate, dar fără nici un efect asupra durerilor. Are vărsături bilioase şi alimentare. Fazele dureroase sunt urmate de faze de acalmie. A slăbit de când este bolnav cu 10 kgr.

La examenul medical se constată că cordul este deplasat spre dreapta, în rest nimic deosebit.

Examene de laborator:

Urina nu conţine nici un element patologic.

Reacţia Wassermann = negativă.

Glicemie = 110 mgr. *Azotemie* = 0.30 g.

Sucul gastric: Pe foame se extrage 10 cmc. de lichid bilios.

A jeun: H. Cl. = 0 A. T. = urme.

Dejun de probă: H. Cl. = 0 A. T. = urme.

Prânzul de probă a dat acelaş rezultat în trei examinări consecutive.

Reacţia Gregersen = negativă.

La radioscopie: Stomacul şi bulbul duodenal normale în ceeace priveşte forma şi situaţia. Genunchiul inferior situat în dreapta pilorului, iar continuarea spre poziţia a treia nu se face la stânga ci în dreapta în formă de V şi toate anzele intestinului subţire sunt situate în flancul drept, alături de creasta iliacă.

După 1/2 oră stomacul evacuat, Ba. în ileon.

După 7 ore Ba. în transvers situat oblic. Cecul foarte scurt.

După 24 ore parte din Ba. în transvers şi descendent.

Concluzie: Anomalie de poziţie a potcoavei duodenale; a intestinului subţire (situat în dreapta) cecul şi ascendentul situate median în dreptul şi stânga coloanei vertebrale. (Examen făcut la Cl. Medicală).

Se intervine la 5/II 1929. Rachianestezie cu novocaină 10%. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Anomalie de poziţie a duodenului, intestinului subţire şi intestinului gros. Periduodenită. Apendicită cronică. *Operaţia:* Desfacerea bridelor G. E. A. Apendicectomie.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul în partea lui dreaptă prezintă aderenţe sub formă de bride care unesc faţa anterioară gastrică cu faţa inferioară a ficatului. Se constată un intens proces de pericholecistită. Unghiul

duodeno-jejunal este fixat la faţa inferioară a ficatului, situat la dreapta coloanei vertebrale. Duodenul este lung, prezentând forma unui V. Prima şi a doua porţiune sunt dilatate, se constată un proces de periduodenită Massa intestinului subţire se găseşte situată în partea dreaptă a abdomenului. Cecul este situat în fosa iliacă stângă, apendicele are o lungime de 15 cm. este foarte gros. Se face apendicectomie. Din cauză că duodenul este dilatat şi având în vedere procesul de periduodenită se face o gastro-entero anterioară.

Părăseşte clinica vindecat. După trei ani bolnavul este bine, toate fenomenele au dispărut. S'a îngrăşat cu câteva kilograme.

Observaţia V: T. G. în vârstă de 38 de ani. De meserie funcţionar.

In antecedente personale se constată că a suferit de malaria In 1919 a avut un şancru sifilitic, pentru care a urmat multă vreme tratament. In 1926 reacţia Wassermann este negativă.

Boala actuală datează de 4 luni. A debutat cu dureri în epigastru care surveneau cam la 1/2—1 oră, după alimentaţie. Aceste dureri deveneau mai intense mai ales după o masă mai copioasă. Durerile devin din ce în ce mai intense, are vărsături bilioase. Consultă mai mulţi medici cari îi propun un tratament anteluetic dar fără nici un rezultat. A slăbit cam vre-o 12 kgr.

Examene de laborator:

In *urină* se constată o mare cantitate de albumină. In sediment rare hematii.

Sucul gastric: Dejun de probă H. Cl. = 18; A. T. = 36.

Reacţia Wassermann = negativă.

Reacţia Gregersen = pozitivă; în scaun nu se găsesc ouă de viermi.

Azot rezidual = 36 mgr. Glicemie = 120 mgr.

La radioscopie: Dilataţie prepilorică. Nu se găseşte nici o leziune a pereţilor gastrici. Bulbul duodenal se umple şi Ba. se evacuează până la mijlocul porţiunei descendente, unde se constată o stenoză a duodenului.

După 24 ore 1/5 Ba. în stomac şi la nivelul stenozei; restul de Ba. în colonul transvers şi descendent.

Dg. radiologic: Stenoză pe a II-a porţiune a duodenului. (Examenul făcut la Clinica Medicală.)

I-a operaţie. Se intervine la 4/II 1929. Anestezie generală cu eter. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Stenoză pe a doua porţiune a duodenului. Pancreatită cronică. *Operaţia:* G. E. P. şi cholecistostomie.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Se constată aderenţe între vezicula biliară, marele epiploon, prima porţiune a duodenului şi antrul piloric. Se desfac aceste aderenţe, după care se observă că prima şi a doua porţiune a duodenului sunt foarte dilatate, până la partea de mijloc a celei de a treia porţiuni duodenale. Aci se constată o stenozare a duodenului prin o serie de aderenţe şi ganglioni. Se face o butonieră în ligamentul gastro-colic; se explorează pancreasul, unde se constată un proces de pancreatită cronică manifestat cu deosebire la capul pancreasului. Stomacul de aspect normal; se observă câţiva ganglioni dealungul micei curburi. Se extirpă un ganglion pentru biopsie. Se face o gastro-entero-posterioară şi o cholecistostomie.

La examenul histologic făcut din ganglion, se constată o hiperplazie cu caracter inflamator. (Profesor Titu Vasiliu).

După o lună şi jumătate bolnavul părăseşte clinica vindecat.

După patru luni dela părăsirea clinicei, durerile reapar însoţite de vărsături, independente de alimentaţie.

II-a operaţie. Este operat din nou la 21/X 1929. (Op. Profesor Iacobovici).

Se face laparotomie mediană supra ombilicală excizându-se vechea cicatrice. Se constată aderenţe între stomac, colonul transvers şi peretele abdominal, care se desfac. După aceasta se explorează stomacul şi duodenul găsindu-se un proces intens de perigastrită şi periduodenită. Stomacul este enorm dilatat împreună cu prima şi a doua porţiune a duodenului. Gastro-entero-anastomoza funcţionează bine.

Se face o rezecţie de stomac Billroth II.

Bolnavul părăseşte clinica vindecat.

Observaţia VI. R. A. de 29 ani, de profesie casnică.

Boala actuală datează de 6 luni. Observă că i se balonează abdomenul mai ales după mâncare. După câtva timp are şi dureri post alimentare. Este nevoită să-şi provoace vărsături care sunt bilioase şi alimentare. Are dureri de cap destul de frecvente. Scaun neregulat. A slăbit cu 18 kgr.

La *examenul medical* se constată o infiltraţie la ambele vârfuri pulmonare. Din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examene de laborator:

Urina nu conţine nici un element patologic.

Sucul gastric: Pe foame se extrage 50 cmc. bilă şi resturi alimentare.

Pe foame: H. Cl. = 10. A. T. = 35.

Dejun de probă: H. Cl. = 18. A. T. = 43.

La ambele examinări acidul lactic a fost negativ.

Reacţia Gregersen = negativă.

La radioscopie fără fluido-bariu se constată în regiunea duodenală o imagine hidro-aerică. Stomac ectaziat cu tendinţă spre formă semi lunară situat normal.

Bulbul duodenal enorm dilatat. Pilorul insuficient. Porţiunea II şi III a duodenului deasemeni dilatate. Imediat după genunchiul inferior duodenul se termină liniar. Aci se palpează o tumoră mobilă aparţinând duodenului. Evacuarea nu se face nici după 6 ore. (Examenul făcut la Clinica Medicală de Dr. Hângănuţ.)

La 10/X se intervine sub anestezie generală cu ether. (Op. Conferenţiar Al. Pop). *Dg. Operator:* Stenoză duodenală inferioară prin compresiune ganglionară. *Operaţia:* Duodeno-jejunostomie ante colică.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul mult dilatat. Prima şi a doua porţiune a duodenului dilatate parcă ar fi un al doilea stomac. Se constată pe a treia porţiune duodenală o tumoră de mărimea unei mandarine care comprimă duodenul la acest nivel. Mezocolonul transvers prezintă o infiltraţie difuză şi nişte ganglioni de mărimea unor boabe de fasole. Mezenterul deasemeni prezintă o infiltraţie şi ganglioni măriţi. Se extirpă un ganglion pentru biopsie. Se face o duodeno-jejunostomie ante colică. Se închide complect cavitatea abdominală.

Rezultatul biopsiei: Ganglionul trimis prezintă o tuberculoză cazeoasă. (Prof. Titu Vasiliu.)

După un an bolnava se simte foarte bine, nu mai are nici unul din fenomenele pe care le avea înainte de intervenţie. S'a îngrăşat cu 8 kgr.

Observaţia VII. P. L. de 25 ani. De meserie plugar.

Boala actuală datează de un an şi două luni. A debutat cu dureri în epigastru şi sensaţie de plenitudine. Durerile surveneau cam la 2—3 ore după alimentaţie. Avea dese ori scaune diareice. A slăbit cu 8 kgr.

Examene de laborator:

Urina nu conţine nici un element patologic.

Reacţia Wassermann = negativă.

Azotul rezidual = 40 mgr. *Glicemie* = 105 mgr.

Sucul gastric:

Pe foame: H. Cl. = 0 A. T. = 3

Dejun de probă: H. Cl. = 17½ A. T. = 33

La ambele examinări acidul lactic a fost negativ.

La radioscopie: Stomac în formă de cârlig, hipertonic cu înfundătură permanentă în porţiunea antrală peste care trece peristaltismul. Hipersecreţie. Peristaltismul exagerat cu evacuări, relativ, în porţiuni mici.

Bulbul duodenal prezintă un contur mai şters, mai ales marea curbură bulbară şi recesul extern; în rest regulat. Stază fără ectazie la genunchiul inferior, cu evacuare în porţiuni mici.

După 6 h. Ba. în cec ascendent şi începutul transversului. Mic rest de Ba. în ileon, un rest liniar în stomac.

După 24 ore Ba. în descendent.

Se intervine la 5/VIII 1931. Rachianestezie cu novocaină 10% (Op. Profesor Iacobovici.) *Dg. operator:* Stenoză duodenală prin arc mezenteric. Adenită bacilară. *Operaţia:* Duodeno-jejunostomie (sub colică).

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic patologic. Prima şi a doua porţiune a duodenului sunt dilatate. Se constată o stenozare a porţiunei transverse prin arc mezenteric şi ganglioni bacilari. Se face o duodeno-jejunostomie.

Mersul post operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

La 15/I 1932 este bine şi a câştigat 5 kgr. în greutate.

Observaţia VIII. C. O. de 28 ani. Funcţionar.

Boala actuală datează de un an. A început cu senzaţie de plenitudine şi dureri în epigastru, care începeau imediat după alimentaţie. Are deseori vărsături bilioase. Prezintă din când în când dureri de cap şi accese de tetanie ce se manifestă mai ales la mâini (mână de mamoş).

Când se face examinarea cu bariu pentru radioscopie, bolnavul începe să aibă vărsături repetate şi dureri mari în epigastru, unde se palpează o contractură musculară foarte pronunţată.

După simptomele pe care le prezenta crezându-se că este vorba de un ulcer gastric sau duodenal perforat se intervine de urgenţă.

I-a operaţie: (Op. Conferenţiar Al. Pop). *Dg. operator:* Compresiune duodenală prin bridă hepato-duodenală. Gastro-entero-ptoză. *Operaţia:* Secţionarea bridei. Transversopexie.

Laparotomie mediană supra ombilicală. La nivelul primei porţiuni a duodenului, se constată o bridă care merge în sus şi aderă de faţa inferioară a ficatului. Această bridă fiind foarte puternică produce o mamelonare a parenchimului hepatic la nivelul inserţiunei sale pe ficat şi este intim aplicată pe duoden strangulându-l la acest nivel. După secţionarea bridei îşi revine, atât ficatul, cât şi duodenul. Se explorează restul duodenului şi stomacul. Nu se constată nimic patologic, decât că stomacul şi duodenul sunt foarte vascularizaţi cu pereţii îngroşaţi şi hiperemici. Colonul transvers este ptozat. Se face o transverso-pexie. Se închide complect plaga. Mersul post operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

După părăsirea clinicei cam la vre-o lună, a început să aibă aceleaşi fenomene ca la început. Cu un tratament medicamentos se ameliorează.

După un an este apucat din nou de dureri în epigastru, însoţite de vărsături repetate şi fenomene de tetanie.

Examene de laborator:

Urina conţine urme de albumină.

Reacţia Wassermann = negativă.

Azot rezidual = 40 mgr. *Glicemie* = 120 mgr.

II-a operaţie: Se intervine la 7/VIII 1931, sub anestezie generală cu eter. (Op. Conferenţiar Al. Pop). *Dg. Operator:* Periduodenită. Compresiune duodenală. *Operaţia:* G. E. P.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Se excizează vechea cicatrice. Se constată aderenţe puternice între ficat şi duoden. Stomacul normal. Duodenul dilatat. La palpare se constată nişte ganglioni care comprimă a treia porţiune a duodenului. Aceasta nu se poate pune în evidenţă din cauza aderenţelor. Se face o G. E. P.

Mersul post operator normal. Tetania dispare. Vărsăturile deasemeni.

După un an se simte ameliorat, dar încă sufere.

Observaţia IX: R. I. în vârstă de 49 ani. De meserie suflător de sticlă.

Boala actuală datează de doi ani. Începe cu dureri în epigastru la 2—3 ore după mâncare. Durerile survin neregulat. De cinci luni durerile survin regulat şi începe să aibă vărsături bilioase şi alimentare. A slăbit cu 8 kgr.

La *examenul medical* nu se constată nimic deosebit.

Examene de laborator:

Reacţia Wassermann = negativă.

Azot rezidual = 32 mgr. *Glicemie* = 110 mgr.

Urina nu conţine nimic deosebit.

Sucul gastric:

Pe foame: H. Cl. = 12 A. T. = 23.

Dejun de probă: H. Cl. = 13. A. T. = 25.

La amândouă examinările acidul lactic a fost negativ.

La radioscopie: Stomac ptozat. Aerofagie. Evacuarea se face.

Bulbul duodenal se umple este dilatat. In porţiunea transversală se constată o stenoză.

I-a operaţie: Se intervine, sub anestezie locală 1%. (Op. Dr. I. Mureşan.) *Dg. operator:* Stenoză duodenală prin compresiune ganglionară. Dilataţiune diverticulară a duodenului. *Operaţia:* G. E. P.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic deosebit. Se constată că duodenul este dilatat (I-a şi-a II-a porţiune). Pe recesul extern al primei porţiuni a duodenului se găseşte o dilataţie diverticulară. Porţiunea a treia este stenozată de un grup de ganglioni. Se face o G. E. P.

Mersul post operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

La câteva luni după operaţie, fenomenele dureroase revin.

Reintră în clinică. Se constată că bolnavul este foarte anemiat. Se face o transfuzie de 360 cmc. sânge. Se pregăteşte pentru intervenţie.

La radioscopie: Stomac alungit, foarte dilatat şi ptozat. Tonicitatea mult redusă. Evacuarea se face şi prin pilor şi prin anastomoză. Bulbul duodenal transformat într'un canal situat transversal. Ba. stagnează aci şi în restul duodenului.

II-a operație: Se intervine la 17/V 1933, sub anestezie generală cu Eukodal-Scopolamină-Ephetonină. (Op. Profesor Iacobovici.) *Operația:* Duodeno-gastrectomie largă (împreună cu anastomoza). Anastomoza jejunului termino-terminală. Anastomoză termino-laterală între stomac și intestin ante colică.

Se excizează vechea cicatrice. Din cauza aderențelor se pătrunde foarte greu în cavitatea abdominală. Se constată că stomacul, prima și a doua porțiune a duodenului sunt dilatate. Gastro-entero-anastomoza funcționează insuficient din cauza că este prinsă în aderențe.

Se face o rezecție largă a duodenului și stomacului împreună cu anastomoza. Apoi restaurarea tractusului intestinal prin o anastomoză termino-terminală a jejunului. Iar între stomac și intestin o anastomoză termino-laterală ante colică.

Mersul post operator normal. Bolnavul părăsește serviciul vindecat.

După câteva luni ne scrie că s'a îngrășat și nu mai are nici unul din fenomenele dinainte de intervenție.

Observația X. R. A. de 30 ani. Funcționar C. F. R.

In antecedente personale se constată: în 1919 febră tifoidă. In 1922 reumatism poliarticular. In 1930 lambliază intestinală.

Boala actuală datează de patru ani.

A debutat cu dureri în epigastru, la 2—3 ore după alimentație. Durerile iradiau în hipocondrul și umărul drept. Câte odată are vărsături. Durerile și vărsăturile survin în mod periodic. Intră într'un spital unde i se pune diagnosticul de colecistită și urmează un tratament în consecință. După un timp de acalmie simptomele survin cu mai mare intensitate, pofta de mâncare o are păstrată. Nu a slăbit. Are scaun regulat.

La examenul medical nu se constată nimic deosebit.

Examen de laborator:

Urina nu conține nici un element patologic.

Reacția Wassermann = negativă.

Azotul rezidual = 38 mgr. *Glicemie* = 110 mgr.

Sucul gastric. Pe foame se extrage 15 cmc. lichid bilios.

Pe foame: H. Cl. = 44 A. T. = 57.

Dejun de probă: H. Cl. = 42 A. T. = 70.

La radioscopie: Stomac în formă de cârlig situat normal. Evacuarea bună. Bulbul duodenal nu se desenează, decât baza cu recesul intern. Canalul piloric excentric. Sensibilitate extra gastrică. După 7 h. Ba. în cec și ascendent. După 24 ore Ba. în transvers.

Cholecistografie cu iodtetragnost intravenos, vezicula biliară se desenează. Evacuare bună.

Se intervine sub anestezie generală cu eter. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Stenoză duodenală cronică prin arc mezenteric. *Operația:* Duodeno-jejunostomie sub colică.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic deosebit. Prima și a doua porțiune a duodenului sunt foarte dilatate, până la mijlocul celei de a treia porțiuni unde este stenozat de arcul mezenteric. Vezicula normală. Se face o duodeno-jejunostomie.

Mersul post operator normal. Părăsește clinica vindecat.

După opt luni bolnavul ne scrie că este complect sănătos; a câștigat două kilograme în greutate.

Observaţia XI. C. G. de 32 ani. Funcţionar.

Boala actuală datează de 11 ani. A debutat în mod insidios, cu dureri în epigastru ce iradiau în spate şi senzaţie de plenitudine. Durerile apăreau la 2—3 ore după mâncare. Avea eructaţiuni şi regurgitaţii acide destul de frecvente. Aceste fenomene apar periodic. De multe ori cum mănâncă durerile se calmează (foame dureroasă). Consultă mai mulţi medici care îi pun diagnosticul de ulcer duodenal, recomandându-i regim, tratament medicamentos. In ultimul timp fenomenele descrise mai sus agravându-se intră în serviciul de chirurgie. De când este bolnav a slăbit cu 12 kgr.

La examenul medical nu se constată nimic deosebit.

Examene de laborator:

Urina conţine urme de albumină.

Reacţia Wassermann = negativă.

Azotul rezidual = 32 mgr. *Glicemie* = 110 mgr.

La radioscopie: Stomac în formă de cârlig, tras uşor spre dreapta. Pilorul este excentric. Bulbul duodenal se umple greu. Este neregulat, sensibil la presiune. (Ex. făcut la Cl. Medicală). *Dg. radiologic:* Suspect de ulcer duodenal.

Se intervine la 3/VIII 1933. Anestezie generală cu Eukodal-Scopolamină-Ephetonină. (Op. Profesor Iacobovici). *Dg. operator:* Stenoză duodenală cronică prin arc mezenteric. *Operaţia:* G. E. P.

Laparotomie mediană supra ombilicală. Stomacul este normal. Prima şi a doua porţiune a duodenului sunt dilatate, până la nivelul celei de a treia porţiuni care este comprimată prin arc mezenteric. Pentru că duodenul nu se poate pune bine în evidenţă se face o G. E. P.

Mersul post operator normal. Părăseşte clinica vindecat.

După cum vedem este vorba de bolnavi cu un trecut gastric destul de lung, cari au urmat diferite tratamente fără nici un rezultat.

La bolnavii noştri boala a debutat între 4 luni la 11 ani. Acest trecut gastric atât de lung îl observă şi *De Vadder* la bolnavii lui.

Vârsta bolnavilor, operaţi, a variat între 25 la 50 ani, cu maximum de frecvenţă între 30—40 ani.

După Beule, De Vadder, boala se manifestă cu deosebire la sexul feminin, decât la cel masculin. Vadder pe 30 bolnavi a avut 17 femei şi 13 bărbaţi.

Noi, la 11 bolnavi, am avut 10 bărbaţi şi o femeie.

Boala a debutat totdeauna cu dureri în epigastru. Durerea la doi bolnavi iradia în spate, iar la un bolnav în hipocondrul drept şi umărul drept.

Durerea din epigastru survine post alimentar. Astfel am găsit-o manifestată în două cazuri la 1—2 ore, în cinci cazuri la 2—3 ore, iar într'un caz la 3—4 ore după alimentaţie, în restul de trei cazuri nu era precizată.

Durerea este întovărăşită de alt simptom principal, al acestei afecţiuni, care apare tot post alimentar şi anume senzaţia de pleni-

tudine sau de tensiune epigastrică. După Faut distensiunea duodenală se traduce printr'o sensaţie de plenitudine, de balonare, de greutate în epigastru şi care se produce post alimentar.

Tensiunea epigastrică am găsit-o manifestată la 6 bolnavi.

Durerea şi tensiunea epigastrică o găsim urmată de vărsături. Vărsăturile sunt de regulă spontane şi sgomotoase. Bolnavul varsă alimente cu suc gastric şi bilă sau numai bilă. Acest simptom al vărsăturei, post alimentare, l-am găsit la 9 bolnavi; din aceştia, doi bolnavi vărsau numai bilă, iar restul de 7 alimente cu suc gastric şi bilă. Vărsăturile în 8 cazuri s'au produs spontan, iar într'un caz erau provocate.

Autorii americani nu atribuie vărsăturilor o importanţă mare.

Sensaţia de foame dureroasă o găsim în două cazuri (Obs. I şi Obs. XI). Durerea se calma prin ingerare de alimente.

Crizele dureroase, pot dura dela câteva ore la o zi sau mai multe zile, sunt urmate apoi de o fază de acalmie când toate fenomenele dispar, iar bolnavul se simte mai mult sau mai puţin bine. După ce maladia progresează, fazele de acalmie se reduc, din ce în ce, încât faza dureroasă devine continuă şi cu mare intensitate. Această evoluţie am observat-o la toţi bolnavii noştri.

In timpul crizei dureroase mulţi autori au semnalat: dureri de cap, diaree, crize epileptiforme.

Noi am găsit, în timpul crizei dureroase, durerile de cap la doi bolnavi şi tot în două cazuri diaree, manifestate mai cu seamă post alimentar.

Faut, Beule, au observat în perioada de retenţie duodenală adevărate accese histeriforme sau accese de epilepsie. In adevăr bolnavii în stare de retenţie duodenală prezintă aspectul clinic de „mare intoxicaţie".

Noi am avut într'un caz fenomene de tetanie manifestate mai ales la mâni (mână de mamoş), pe care le-am pus în legătură cu vărsăturile des repetate, căci din această cauză se produce o hipocloruremie şi o alcaloză consecutivă. (Obs. VIII.).

Printre simptomele generale cele mai importante şi aproape constante, găsim slăbirea considerabilă a bolnavilor. Bolnavii pierd în greutate extrem de rapid, în câteva săptămâni sau luni.

Din 11 bolnavi, acest simptom, îl găsim la 10 bolnavi. Astfel bolnavul din Obs. I a slăbit cu 20 kgr., la ceilalţi slăbirea s'a produs între 4 la 15 kgr.

Kellog, De Vadder, Beule, au de asemeni bolnavi care au pierdut în greutate între 20 la 30 kgr.

La examenul local n'am găsit niciodată nimic deosebit, decât o durere localizată în epigastru şi peri ombilical.

Americanii dau o importanţă deosebită, atenuărei durerilor, post alimentare, din epigastru, atunci când bolnavul ia atitudini forţate mai ales cea genu-pectorală. Acest simptom ar fi pathognomonic, atunci când este o compresiune duodenală prin arc mezenteric. In poziţia genu-pectorală, compasul arterial se deschide şi duodenul nu mai este stenozat.

Din cele 6 cazuri de compresiune duodenală prin arc mezentric, am constatat numai la un singur bolnav (Obs. II) că durerile din epigastru erau atenuate prin luarea de atitudine forţată, ca cea genu-pectorală. La restul din cazuri aceasta nu este fixată.

Examenul sucului gastric făcut la 8 bolnavi, s'a constatat o hiperaciditate, numai la doi bolnavi, care varia între H. Cl. liber 50 la A. T. 70. Acidul lactic a fost totdeauna negativ.

Hematemeză am observat la un singur bolnav (Obs. I).

Reacţia Wassermann a fost totdeauna negativă.

Reacţia Gregersen a fost numai în două cazuri pozitivă. Hemoragia ocultă ar proveni dintr'o scurgere de sânge, provocată de o congestie a mucoasei duodenale, fără leziune aparentă.

Simptomatologia stenozei duodenale, rareori se prezintă sub o formă clară, de cele mai multe ori ia forme destul de variabile, deaceea şi diagnosticul este de multeori confundat cu diferite afecţiuni.

După Faut se disting următoarele forme: *a)* forma colică dreaptă; *b)* forma tipului ulceros; *c)* forma pseudo-litiazică; *d)* forma apendiculară şi utero-anexială. Delbet şi De Vadder descriu o formă pancreatică, care s'ar putea numi şi celialgică. Faut mai distinge o formă specială căreia îi dă numele de staza tipului nevropatic.

In cazurile noastre de 5 ori boala s'a prezentat sub forma tipului ulceros, într'un caz sub forma litiazică, iar în restul de 5 cazuri sub forma clară a stenozei duodenale.

Tabloul *anatomo-patologic* găsit în cazurile noastre a fost următorul: leziuni cu caracter inflamator care prind în aderenţe şi unesc ficatul, vezicula biliară de duoden, câte odată cu mezocolonul şi colonul transvers. Uneori sunt chiar bride puternice care unesc duodenul cu ficatul (Obs. VIII). După desfacerea acestor aderenţe, manoperă care uneori prezintă dificultăţi destul de mari, găsim duodenul mărit de volum, uneori ajungând la dimensiuni, par'că ar fi un al doilea stomac (Obs. VI). Ridicând mezocolonul transvers, ex-

plorăm porţiunea treia a doudenului, pe care o găsim dilatată până la nivelul unde această porţiune este încrucişată de artera mezenterică superioară, iar porţiunea care urmează după pediculul vascular este stenozată. Este tabloul anatomo-patologic al compresiunei duodenale prin arc mezenteric. Uneori duodenul este comprimat de grupe ganglionare, după cum am văzut în observaţiile No. V, VI, VII, IX.

Prin facerea unei breşe în ligamentul gastro-colic explorăm faţa posterioară a stomacului şi faţa anterioară a pancreasului, care uneori poate prezenta un proces de pancreatită cronică. (Obs. V).

După B e u l e următoarele ar fi cauzele care pot produce staza duodenală: *A)* Stază prin obstacole mecanice; *B)* Stază prin paralizie duodenală sub influenţa proceselor inflamatorii (ileus duodenal); *C)* Stază prin dezechilibrul inervaţiei duodenale.

A) *Stază prin obstacole mecanice.* Aci găsim două forme prin obstacole *intrinsece* şi *extrinsece.*

a) *Obstacolele intrinsece* pot fi datorite unor malformaţiuni congenitale ca: atresia duodenului; o mobilitate anormală; anomaliile de poziţie.

Am avut un caz de anomalie de poziţie a duodenului, unde duodenul era situat la dreapta coloanei vertebrale. Duodenul era lung şi încurvat în formă de V, un dolichoduoden. (Obs. VI).

Obstacolele, proprii duodenului, mai sunt cauzate prin *leziuni căpătate* ca: retracţia cicatricială a pereţilor duodenali în urma unei ulceraţiuni. Diferite tumori benigne şi maligne ce se desvoltă la acest nivel;

b) *Obstacolele extrinsece* deasemeni pot fi de natură congenitală ca: persistenţa unor membrane fibroase sau bride puternice care comprimă duodenul. Aceste formaţiuni au fost studiate de D u v a l.

Intr'un caz, al nostru, duodenul era comprimat de o puternică bridă hepato-duodenală. (Obs. VII).

Mai frecvente sunt stenozele produse prin *leziuni căpătate* ca: peri-duodenita, cuduri, dar mai ales prin arc mezenteric.

Porţiunea treia a duodenului este prinsă, după cum spune D u v a l şi colaboratorii săi, într'un compas arterial format la partea posterioară de aortă şi înainte de vasele mezenterice superioare. Această strâmtorare a doudenului, G l é n a r d o consideră ca fiziologică, pentru ca bila să se amestece cu alimentele. Compresiunea vaselor, în mod patologic, a acestui segment duodenal, va determina sindromul stenozei duodenale. Ca compresiunea vaselor să se producă, trebue să existe una din următoarele cauze, fie singură sau

asociată şi anume: o ptoză gastrică cu dilataţia stomacului; o scurtare a mezenterului; ptoza unghiului drept a colonului; o mobilitate anormală a cecului şi colonului ascendent.

Noi am avut un număr de 6 cazuri de compresiune duodenală prin arc mezenteric. În trei din aceste cazuri, pe lângă compresiunea vaselor, am constatat şi o ptoză gastrică cu dilataţia stomacului.

Duodenul mai poate fi comprimat şi prin ganglioni limfatici hipertrofiaţi, care în majoritatea cazurilor au o origină tuberculoasă.

Am avut un număr de 4 cazuri unde duodenul era comprimat de ganglioni. În două cazuri examenul istologic al ganglionilor extirpaţi ne-a arătat, că era vorba de o tuberculoză; într'un caz erau ganglioni cu caracter inflamator, în celălalt caz examenul nu s'a făcut;

B) *Staza prin paralizie duodenală sub influenţa unui proces inflamator (ileus duodenal).* Distingem şi aci procese ce se petrec în interiorul duodenului şi în afară de el.

Printre procesele intrinsece cele mai importante se semnalează: duodenita esenţială, care rareori este izolată, mai des întinsă la antrul piloric şi pilor pentru a forma „gastro-piloro-duodenita" sau „red stomach" al americanilor.

În procesele inflamatorii extrinsece rolul principal îl are colecistita care mai întotdeauna produce direct sau pe cale limfatică o periduodenită. Procesele pancreatice, mai rar, pot da naştere la staza duodenală.

Dar cele mai frecvente şi din ce în ce mai mult admise sunt reacţiunile duodenale atribuite unor procese ce evoluează la distanţă şi cărora profesorul Haţieganu, le dă o importanţă deosebită. Apendicita, entero colita inflamatorie, leziunile inflamatorii utero-anexiale dă de multe ori simptomele stenozei duodenale, manifestate prin vărsături bilioase, dureri de cap, stare de intoxicaţie care pot fi explicate, mai ales, printr'o reacţiune a sistemului limfatic.

Prin studiul deosebit de interesant al limfaticelor abdomenului făcut de Descomps şi Turnescu, se constată că a treia porţiune a duodenului este prinsă într'un „*compas limfatic*" prin trecerea trunchiurilor limfatice înaintea şi înapoia duodenului, încât ar juca acelaş rol, după Beule, pe care îl are „*compasul arterial*";

C) *Staza prin dezechilibrul inervaţiei duodenale.* Există o stază, duodenală, provocată prin diferite contracturi spasmodice la nivelul duodenului, fără ca ceva local sau la distanţă să le poată explica. Beule o pune pe seama unei vagotonii şi simpaticotonii. Chestiunea nu este încă lămurită.

Diagnosticul, stazei duodenale, se face prin *examenul radiologic*, care ajută în cea mai mare măsură pe clinician.

Asupra *examenului radiologic*, în staza duodenală, s'a publicat, de către dl Dr. Hângănuţ, un interesant studiu în Clujul Medical Nr. 5, din 1929. In acel studiu sunt expuse observaţiile câtorva bolnavi examinaţi la Clinica Medicală şi apoi operaţi de noi. Observaţiile, acestor bolnavi, sunt redate şi în articolul de faţă. (Obs. II, IV, V).

* * *

In staza duodenală, mulţi bolnavi, beneficiază de un tratament medical. Acest tratament are la bază două mari indicaţiuni: repaus după mâncare în poziţie orizontală, dorsală sau ventrală şi spălături ale duodenului pe nemâncate. Acestea se fac, pe nemâncate, prin ingerarea de 10 la 15 gr. de sulfat de magneziu dizolvat în 50 la 100 gr. apă caldă. Sulfatul de magneziu produce o descărcare a căilor biliare şi mişcări peristaltice vii ale duodenului, care îi aruncă conţinutul ce stagnează.

Marea majoritate, a bolnavilor, pot beneficia numai de pe urma unei intervenţiuni chirurgicale, care variază după cauza provocatoare a stazei duodenale.

Operaţiile propuse pentru a remedia această afecţiune sunt în număr destul de mare. Kellogg, în Annales of Surgery din 1923, descrie un număr de 16 operaţiuni.

In caz de stază duodenală, prin obstacole mecanice, următoarele sunt operaţiile ce se pot face:

1. *Secţionarea şi reconstrucţia duodenului înaintea pediculului mezenteric.*

2. *Gastro-entero-anastomoza.* Această operaţiune dă rezultate bune numai atunci când există o dilataţie a stomacului; dar în caz de obstacol mecanic duodenal pronunţat, operaţia trebue să fie complectată cu o duodeno-jejunostomie. Altfel expune la o complicaţie destul de frecventă şi anume *circulus viciosus.*

Noi am practicat gastro-anastomoza pe un număr de 7 bolnavi

In şase cazuri s'a făcut anastomoza posterioară transmezocolică, iar într'un caz antecolică.

Gastro-enterostomia a fost complectată într'un caz cu o cholecistostomie, unde era un proces de pancreatită cronică (Obs. V); iar în alt caz s'a făcut şi apendicectomia (Obs. IV).

După operaţia de gastro-enterostomie doi din bolnavi au continuat să sufere. Au fost reoperaţi, la primul bolnav unde s'a găsit

un stomac dilatat (Obs. V) se face o rezecție de stomac *Billroth II*, iar la al doilea prima porțiune a duodenului prezenta o dilatație diverticulară, stomacul mult dilatat, se face o rezecție largă (duodeno-gastrectomie) împreună cu gura de anastomoză. Restabilirea tubului digestiv este făcută printr'o anastomoză termino-terminală a jejunului și o anastomoză termino-laterală între stomac și intestin ante colică din cauza retracțiunei mezo-colonului transvers. (Obs. IX).

Deci după operația de gastro-enterostomie am avut următoarele rezultate: doi bolnavi au trebuit să fie reoperați; un bolnav este bine; un bolnav încă sufere, iar dela ceilalți trei nu avem nici o știre.

3. *Gastro-enterostomia cu excluzie*, operațiune care nu se mai practică astăzi.

4. *Colectomia sau colopexia dreaptă.* In prezența unei staze produse de o ptoză a colonului ascendent, mulți chirurgi ca Mayo, Pauchet, Haberer, Kellog fac hemicolectomia dreaptă. Beule care era partizanul acestei operațiuni, astăzi nu mai face decât cecocolopexia în „echer" a lui Duval și Grégoire și o complectează cu o duodeno-jejunostomie, cu rezultate destul de bune.

5. *Duodeno-jejunostomia* este operațiunea care dă cele mai bune rezultate în staza duodenală. Operația a fost propusă pentru prima oară de Petit la 1900.

Duodeno-jejunostomia consistă în a anastomoza prima ansă jejunală cu a doua sau a treia porțiune a duodenului. Poate fi de două feluri supra-mezocolică și sub mezocolică.

Această operațiune noi am practicat-o pe un număr de 4 bolnavi, cu rezultat imediat și tardiv foarte bun.

In trei cazuri s'a făcut o duodeno-jejustonomie sub mezocolică, iar într'un caz supra mezocolică.

Kellogg, Haberer, Beule, acesta din urmă pe un număr de peste 80 cazuri dă rezultate tardive din cele mai bune.

Delbet a imaginat și aplicat în 1927 o operațiune care consistă din o *gastro-pyloro-duodeno-jejunostomie* suprimând staza gastrică și duodenală. Autorul dă o serie de rezultate foarte bune.

In cazuri de periduodenită sau bride care comprimă duodenul se va face secționarea acestora. (Obs. VIII).

Când staza duodenală este secundară unui proces inflamator extrinsec ca: cholecistita, apendicita, leziuni utero-anexiale, se va trata cauza principală după care staza poate să dispară.

In staza duodenală datorită unui dezechilibru prin inervație sau spasm duodenal, în afară de derivație sau rezecție, se pot face

intervenţiuni direct asupra sistemului nervos: operaţia Latarjet şi Wertheimer; myotomia extra mucoasă a lui Stierlin sau simpatectomia periarterială.

In rezumat: Staza duodenală se prezintă cu următoarele simptome: a) *simptome digestive:* durere şi tensiune epigastrică, vărsături alimentare şi bilioase (în unele cazuri numai bilioase), diaree, care simptome se produc, mai întotdeauna post alimentar; b) *simptome generale:* slăbire considerabilă a bolnavilor, aspectul de mare intoxicaţie, dureri de cap, crize nervoase (accese de histerie, epileptiforme), tetanie.

Staza duodenală se confundă foarte des cu: lithiaza biliară; ulcerul gastro-duodenal; pancreatita cronică.

Diagnosticul sigur, al afecţiunei, se pune, în majoritatea cazurilor, prin examenul radiologic.

In tratamentul stazei duodenale cronice cele mai bune rezultate le dă tratamentul chirurgical, prin operaţia de *duodeno-jejunostomie*, iar în cazuri complicate cu dilataţie şi stază gastrică, aceasta, va fi complectată cu o gastro-entero-anastomoză.

CALCIRON : EUCARBON

F. Trenka **F. Trenka**

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 162, 4. IV. 1925.

Pasta HIRISAN ULCRUN

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 04410, 12. IV. 1933.

SPETON

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 77.268 dela 15 Decemvrie 1931.

Depot pentru Sibiu

HIETSCH & Co.

De vânzare: Farmacii şi Droguerii.

Insulin „Degewop“

Sub controlul prof. Dr. E. LAQUEUR, Directorul Institutului Pharmacotherapeutic din Amsterdam.

Durabil

nu irită

exact dozat,

de aci în permanenţă constant.

100 U. . . . 5 ccm. . . . Lei 60·—

200 U. . . . 5 „ . . . . „ 115·—

In afară de aceasta ambalaj pentru clinici.

N.V. ORGANON

TOT BEREIDING VAN ORGAANPREPARATEN OP WETENSCHAPPELIJKEN GRONDSLAG OSS (HOLLAND)

Mostre şi Literatură:

Drogueria „ROYAL“ M. Rozsa, S. A. Cluj.

LABORATORUL „MEDICIS“

București I., Str. Bărăției Nr. 48

Medicamente de mare valoare terapeutică.

FORTOGENE

Compoziția: 10% Calc. glicerofosforic, Extr. Kola și strichni, Vin de Malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos și osos. Gust delicios. Fl. orig. 350 gr.

Doza zilnică: 3 linguri de supă înaintea meselor pentru adulți
3 linguriță de cafea înaintea meselor pentru copii.

EUPECTIN-SIROP

Compoziția: Kaliumsulfo-guajacolic 4%, Ephedrină naturală o. 10% Nat. Benzoic 6%, Luminal natr. o. 10%, Codeină o. 10%, Chlor Ca. 2%, etc. Excipient. Sirop de portocale vanilat.

Indicațiuni: Expectorant și îndeosebi Calmant neîntrecut în: Tuse, Tuse convulsivă, Astm, Bronșita acută și cronică, Afecțiuni pulmonare. Acțiune terapeutică eficace frapantă. Gust foarte agreabil.

Doza zilnică: Adulți 3 linguri de supă.
Copii dela 3 ani: 2—3 linguriță de cafea.
Copii mai mici: Mai puțin, după apreciere.

Preparatele se pot avea la toate Farmaciile și Drogueriile din țară. Depozitele Engros de medicamente. **Pentru Sibiu,**

DEPOZITUL ENGROS

ALFRED ENGBER

Metode Therapeutice de Obstetrică şi Gynecologie

de

Dr. Horaţiu Tănăsescu
Medic Primar al Secţiei Obstetricale din Sibiu.

Obstetrica şi Gynecologia impun o specializare deosebită, prin faptul că aceste ramuri ale medicinei, — mai mult decât congenerele lor, — prezintă necesitatea de a fi privite din două puncte de vedere: de artă şi ştiinţă.

Metodele de lucru în Obstetrică şi Gynecologie sunt şi astăzi foarte diferite, deosebindu-se dela o şcoală la alta, dela un centru medical la altul, — fiindcă, se ştie, rezultatele nu depind atât de perfecţionarea metodelor, ci mai adeseori, de dexteritatea celui cari le aplică.

Principiile ştiinţifice însă, cari stau la baza acestor metode de lucru, sunt totuşi în raport cu progresele ştiinţei medicale.

In cadrele acestui studiu, noi ne vom sili de a marca câteva din aceste principii ştiinţifice, care stau actualmente la baza metodelor noastre de lucru, şi anume:

1⁰ *Principii care stau la baza metodelor noastre therapeutice, întrebuinţate în Obstetrică;*

2⁰ *Principii care stau la baza metodelor noastre therapeutice, întrebuinţate în Gynecologie.*

Principiile cari stau la baza metodelor noastre therapeutice, întrebuinţate în Obstetrică.

Terenul cercetărilor de therapeutică obstetricală este încă departe de a fi complet defrişat, cu toată gama destul de întinsă de metode şi procedee cunoscute până în prezent.

Privirile noastre au fost îndreptate în ultimul timp îndeosebi, spre prevenirea boalei, posedând actualmente mijloace suficiente de profilaxie în puerperalitate.

Noi susţinem că puerperalitatea este o stare fiziologică, care se caracterizează printr'o serie de fenomene, care în comparaţie cu unele stări morbide, redau organismul femeiei mai puţin resistent împotriva agenţilor care pot provoca boala.

Se află în primul rând o predispoziţie humorală specifică, creată de graviditate, — se află în al doilea rând, o predispoziţie humorală nespecifică, o stare biochimică specială, creată de unele condiţiuni patologice ale graviditătii, care favorizează isbucnirea la un moment dat, a unui proces morbid.

In comparaţie până la un punct oarecare, cu ceiace se petrece în afecţiunile generale, organismul în graviditate prezintă o stare humorală caracterizată printr'o imunitate relativă, — şi o sensibilitate mai mare faţă de o infecţie nouă, aşa numita stare de alergie.

Terapeutica va trebui să ţină mereu seamă de acest principiu general; — măsurile profilactice, bazate pe acest principiu primordial, urmează a fi îndreptate în această direcţiune.

Vedem astăzi un început de cea mai mare importanţă, în alcătuirea programelor noastre de igienă socială; — se pune în deosebi pe tapet, protecţiunea mamei şi a copilului; — se înfiinţează instituţiuni de asistenţă socială în acest scop.

Protecţia mamei şi a copilului se bucură în alte ţări, de o deosebită atenţiune, observându-se o organizare din cele mai perfecte, ceiace constitue un progres social evident.

Această organizare îşi are originea în ideia consultaţiunilor prenatale şi a consultaţiunilor postnatale, cari s'au transformat apoi, în actualele instituţiuni de asistenţă socială, ţinând pas astfel, cu progresul făcut în ultimul timp de ştiinţa medicală.

I. Consultaţiuni prenatale.

Igiena sarcinei, care stă la baza consultaţiunilor prenatale, trebue propagată în mod persistent de către medicii igienişti şi sanitari, cât şi de un personal ajutător solid, pregătit în acest scop, ceace s'ar putea realiza printr'o pregătire sistematică a moaşelor, atât de insuficient educate până în prezent.

Puericultura intra-uterină joacă un rol incontestabil în obţinerea unei generaţiuni sănătoase şi capabile, pentru care motiv am înfiinţat în Secţia Obstericală din Sibiu, un salon special pentru gravide normale, lipsite de adăpost, spre a fi îngrijite conform igienei

de sarcină, până la naştere; — desigur, aceasta se impune a se practica pe o scară mult mai întinsă, înfiinţându-se institute speciale în acest scop.

Maladiile speciale ale sarcinei, aşa numitele maladii pur gravidice, ca vomele, pylonephrita sau colibaciloza, albuminuria, etc. — vor fi combătute la timp şi cu competinţa cuvenită în Institutele Obstetricale.

Heredo-syphilisul constitue apoi, una dintre plăgile sociale cele mai de temut, necesitând înfiinţarea de dispensarii speciale de profilaxia acestei boale, unde femeia gravidă, care a avut anterior naşteri de feţi morţi macerati, feţi la termen suspecţi, sau avorturi spontane, să poată primi tratamentul respectiv, chiar dela începutul sarcinei.

Tuberculoza constitue altă plagă socială, tot atât de periculoasă, necesitând înfiinţarea de dispensarii speciale, unde femeia gravidă afectată de o tuberculoză gravă să poată primi la timp, indicaţia de întreruperea sarcinei, iar în tuberculoza incipientă, să poată primi tratamentul respectiv.

Infecţia puerperală necesită la rândul său o atenţiune mult mai mare, decât s'a dat până în prezent; femeia nu mai poate fi lăsată să nască singură la domiciliu în seama unei matroane sau chiar a unei moaşe; arta obstetricală a devenit astăzi o adevărată specialitate, datorită căruí fapt infecţia puerperală face astăzi ravagii mai puţin importante ca odinioară; noi credem că idealul ar fi ca femeia să nu nască decât în maternitate, unde se pot lua într'adevăr, toate măsurile respective de combaterea infecţiei post-partum.

Consultaţiunile prenatale nu şi pot ajunge scopul lor complet, fără ajutorul unui laborator bine organizat, în care să se poată face toate examinările chimice, bacteriologice, biologice, anatomo-patologice, — prevăzut fiind de asemenea, cu secţiile respective de radiologie, endoscopie, etc.

II Consultaţiuni postnatale.

Igiena lăuziei stă la baza consultaţinunilor postnatale.

Preconizăm necesitatea existenţei în mod sistematic a consultaţiunilor postnatale, extinzând sfera acestei noţiuni, adică, înţelegând prin aceasta, îndrumări de dat în special mamei, cât şi îndrumări speciale de îngrijirea copilului, în primul an după naştere.

Noi credem că ambele categorii de consultaţiuni sunt strâns legate unele de altele şi că astăzi nu se mai poate contesta obste-

tricianului dreptul de a îngriji de mamă după naştere, cât şi de copilul, căruia el l-a ajutat, de a veni pe lume.

In acest scop recomandăm tuturor femeilor, care au născut în Secţia Obstetricală din Sibiu, ca să păstreze mai departe legătura cu această maternitate, prezentându-se la consultaţiunile gratuite ale acestei maternităţi, spre a primi sfaturi de creşterea copilului în primul an al vieţii sale, cât şi sfaturi de îngrijire a mamei, în tot acest timp, — observându-se rezultate foarte frumoase în urma supravegherei medicale regulate a mamei şi a copilului; — aceste consultaţiuni însă, trebuesc a se practica pe o scară mult mai întinsă, de către organe speciale instituite în acest scop.

Puericultura extra-uterină a fost îndeosebi studiată în ultimul timp, necesitând înfiinţarea de azile pentru mamele fără adăpost, cât şi azile pentru copii orfani, evitându-se astfel sinistrul spectacol, de a vedea mame cu copii în braţe, stând pe drumuri, fără de nici un adăpost.

Iată câteva din principiile actuale, care stau la baza marei probleme sociale de protecţie a mamei şi a copilului, susţinute şi propagate în primul rând de obstetricienii moderni, — principii cari stau la baza metodelor noastre therapeutice întrebuinţate în obstetrică, — şi cari în unele părţi au fost puse în aplicare, şi chiar mult perfecţionate, în urma progreselor medicale făcute de ştiinţa eugeniei, înfiinţându-se instituţiuni de asistenţă socială în acest scop.

Principii cari stau la baza metodelor noastre therapeutice, întrebuinţate în Gynecologie.

Therapeutica gynecologică, care era la începuturile sale de domeniu pur medical, s'a schimbat după aceia, în urma achiziţiunilor moderne de antisepsie şi asepsie, într'un domeniu aproape exclusiv chirurgical.

In starea actuală a cunoştinţelor noastre, aceste două extreme se ating, — adică, a început să dispară pe deoparte entuziasmul pentru intervenţiunile gynecologice exclusiv chirurgicale, iar pe de altă parte a început să dispară tendinţa exagerată pentru therapeutica conservativă pur medicală, în orişice afecţiune.

Astăzi therapeutica chirurgicală îşi are indicaţiunile sale precise, precum therapeutica conservativă medicală, îşi are pe ale sale.

Therapeutica modernă însă, alături de chirurgie şi de inepuizabilile resurse furnizate de medicaţiunea chimică şi biologică, ne

pune astăzi la dispoziție o nouă armă therapeutică, din cele mai puternice, contra afecțiunilor aparatului genital al femeiei, furnizată de physiotherapie.

Principiile cari stau actualmente la baza metodelor noastre therapeutice nu pot ignora therapeutica fizicală, care constă din hydrotherapie, climatotherapie, mecanotherapie, electricitatea propriu zisă, termotherapie, cryotherapie, phototherapie, radiotherapie și curietherapie, asupra cărora ținem să aruncăm o privire generală, spre a marca tendințele și orizonturile actuale ale therapeuticei gynecologice.

I. Hydrotherapia.

Hydrotherapia constitue un adjuvant prețios al igienei generale și al tratamentului medico-chirurgical, iar alteori se institue ca singurul remediu eficace al unor afecțiuni utero-anexiale, fiindcă „în general, nu este vorba numai de o afecțiune localizată la organele genitale, ci organismul întreg »totius substantiae« se află alterat, găsindu-se turburări la distanță în principalele viscere și mai ales în sistemul nervos; alteori, faptul se petrece în mod invers, fiind vorba de diverse afecțiuni generale ale organismului, care se repercutează secundar asupra aparatului utero-anexial, determinând acele turburări funcționale locale »sine materia« a organelor genitale" (Prof. Daniel).

Modul de aplicare al apei diferă de acțiunea care se urmărește, variindu se temperatura, presiunea, durata, aplicarea locală, generală, etc.

Acțiunea sa poate fi hyperemiantă sau decongestionantă, sedativă sau excitantă, antiflogistică sau rezolutivă, de asemenea se poate obține o acțiune bactericidă sau de desintoxicare; — actul în sine este foarte complex, fiind vorba de o acțiune asupra circulației sanghine și limfatice, asupra sistemului nervos, asupra nutriției și indirect o acțiune asupra microbilor și asupra rezorbției.

Elementul comun întrebuințat este apa obișnuită, — și numai în anumite împrejurări se recurge la adăugarea de diferite substanțe chimice sau se uzează de anumite surse de apă minerală, când este vorba de *balneotherapie.*

Balneotherapia constitue o metodă therapeutică de mare valoare, în urma progresului făcut de știința balneologică actuală, care se bazează pe cercetările și descoperirile făcute în Fizică, Chimie, Geologie, Fiziologie și Farmacologie.

Modul de aplicare al apelor minerale diferă mai ales aici, după efectul fiziologic și therapeuti curmărit, necesitând a se cunoaște

în special, particularităţile fizice şi chimice ale apelor minerale, care depind de temperatură, presiune osmotică (punctul cryoscopic), ionizare, conductibilitate electrică, gradul de difuziune, starea coloidală, conţinutul în săruri, radioactivitate, etc.

Apele minerale apar la suprafaţa solului în anumite regiuni, urmând a fi întrebuinţate adeseori, chiar acolo la origină, în aşa numitele staţiuni balneare, — ceiace face ca efectul therapeutic al apelor minerale să fie în raport stâns cu *clima* acelor regiuni.

Climatotherapia influenţează asupra diferitelor afecţiuni gynecologice.

Acţiunea climatotherapiei depinde de felul agenţilor climatici, caracteristici situaţiei geografice a fiecărei regiuni, neputând fi influenţată prea mult de către medic, ceiace impune cunoaşterea precisă a staţiunilor climaterice, în raport cu efectul pe care îl urmărim.

II. Masajul şi Mecanotherapia.

Aceste metode therapeutice sunt adeseori unite la hydrotherapie, unde masajul şi gimnastica pot mări efectele obţinute prin întrebuinţarea concomitentă a apei.

III. Electrotherapia.

Electrotherapia este întrebuinţată sub diferite forme, având fiecare formă proprietăţi fiziologice diferite, ceiace impune o cunoaştere aprofundată a modului său de aplicare.

Modalităţile electrice aplicate în afecţiunile gynecologice sunt galvanisaţia, faradisaţia şi arsonvalisaţia.

Galvanisaţia sau curentul continuu sau voltaïsaţia este un curent constant, întrebuinţat în practică la o tensiune de 100 volţi şi o intensitate variabilă dela 1—100 miliamperi.

Acţiunea sa poate fi decongestionantă când se introduce electrodul umed, polul pozitiv, în vagin, — sau poate fi congestionantă sau emenagogă, când se introduce electrodul uscat, polul negativ, în vagin; — acţiunea sa poate fi antiseptică sau hemostatică, când se fac aplicaţiuni intra-uterine.

Faradisaţia sau curentul faradic este un curent în stare variabilă continuă, constând dintr'o serie de descărcări foarte scurte, foarte apropiate, de intensitate slabă, dar de tensiune relativ ridicată, şi care se poate modifica după dorinţă.

Acţiunea sa este în special analgetică, decongestionantă, diminuiază stazele şi edemele, regularizând circulaţia; — acţiunea sa

foarte importantă în Obstetrică, constă în mărirea secreţiunilor glandulare şi îndeosebi, a secreţiunei lactate; — de asemenea acţiunea sa se observă asupra obesităţei, atât de frecventă la femeie.

Arsonvalisaţia sau curenţii de înaltă frecvenţă constau din descărcări alternative, extrem de repezi, de mai mult de un milion pe secundă, întrebuinţaţi în practică la o tensiune diferită, obţinându-se diferite modalităţi electrice, cunoscute sub numele de diathermie, electro-coagulaţie, unde scurte, etc.

Diathermia, întrebuinţată astăzi în mod curent în gynecologie, desvoltă căldură în intimitatea ţesuturilor organice, iar în urma ridicărei temperaturei centrale, provoacă accelerarea curentului sanghin, vaso-dilataţia periferică, mărirea circulaţiei în vasele capilare, apoi o scoborâre temporală a tensiunei arteriale; — schimburile respiratorii sunt mărite la începutul şedinţei de diathermie; — în ceiace priveşte urina, diureza, cantitatea de uree, acid uric, azot total, raportul azoturic, sulfaţii, fosfaţii, clorurile, fiecare din acestea sunt eliminate în cantitate mai mare în 24 ore, în urma unei şedinţe de diathermie; — în ceeace priveşte sângele, procentul de hemoglobină este ridicat, globulele roşii se înmulţesc, polynuclearele se micşorează, observându-se o puternică leucopenie cu anisocytosă; — asupra organelor cu secreţie internă provoacă o mărire a secreţiei acestora, augmentând activitatea lor; — asupra neuronului sensitiv, are o acţiune sedativă, dacă se recurge la curenţi slabi cu oscilaţiuni uniforme, fără variaţiuni brusce de energie.

Acţiunea sa asupra aparatului genito-urinar al femeii este din cele mai remarcabile, îndeosebi în metrite, endometrite, în accesele congestive, datorite deviaţiunilor uterine, dysmenoree, amenoree (în amenoree şi oligomenoree este necesară o aplicare specială a electrozilor pe ovare şi pe corpul thyroid), de asemenea se recomandă în debilitate, limfatism, mizerie fiziologică, mai ales în urma metroragiilor mari.

Este oprit a se întrebuinţa diathermia în salpingitele acute, ci se va aştepta până la liniştirea fenomenelor inflamatorii.

Electro-coagulaţia este o altă formă a arsonvalisaţiei, care are o intensitate foarte ridicată, încât desvoltă căldură, până la arderea şi topirea ţesuturilor.

Acţiunea sa, denumită electro-coagulare, se întrebuinţează în metritele cervicale, ulceraţiuni maligne ale colului uterin.

Undele scurte sunt o altă formă a arsonvalisaţiei, care are avantajul de a încălzi ţesuturile dela oarecare distanţă de electrozi,

ridicând în mai puţin de o oră temperatura centrală la 41°, şi mult mai repede temperatura la suprafaţa corpului.

Acţiunea sa nu este încă deplin fixată, — însă între altele s'a observat restabilirea funcţiunilor glandelor cu secreţie endocrină insuficientă.

IV. Termotherapia.

Termotherapia se bazează pe determinarea unei hyperemii active asupra ţesuturilor sănătoase şi producerea unei hyperemii pasive, asupra ţesuturilor inflamate; — se caută a se imita deci natura, care procedează în acelaşi mod producând totdeauna în procesele sale vitale, cele mai de seamă, o hyperemie a organului interesat, care se manifestă printr'o accelerare sau diminuare a curentului sanghin (există deci, o hyperemie activă, când organul primeşte o cantitate de sânge mai mare arterială şi o hyperemie pasivă, când organul primeşte o cantitate de sânge mai mică venoasă).

Hiperemia activă determină o accelerare a circulaţiei sanghine, care stimulează combustia şi oxigenarea, mărind vitalitatea organismului, care va lucra mai uşor contra afecţiunilor locale; — hyperemia pasivă determină o diminuare a circulaţiei sanghine, care pune astfel ţesutul inflamat în contact mai îndelungat cu elementele curative ale sângelui, format din leucocite, serum, etc.; — în fine, hyperemia terapeutică are influenţă apoi, asupra circulaţiei limfatice acţionând împreună asupra sensibilităţei, asupra microbilor, asupra resorbţiei exudatelor şi edemelor, cât şi la efectuarea solubilizării şi eliminării produselor patologice solide.

Modalităţile termoterapice aplicate în afecţiunile gynecologice sunt c ă l d u r a u s c a t ă (aer cald la temperatura joasă de 70° sau aer cald la temperatura înaltă, căldura uscată produsă de termofor, etc.) şi c ă l d u r a u m e d ă (compresele umede, cataplasmele simple sau compuse, nămolul, etc.).

Gradarea temperaturei şi durata aplicărei joacă un rol foarte important în thermotherapie, prezentând indicaţiuni şi contra-indicaţiuni, în raport cu diferitele afecţiuni gynecologice.

V. Cryotherapia.

Cryotherapia constă în îngheţarea ţesuturilor, în contact direct cu o sursă refrigerantă.

Această metodă nu este întrebuinţată în gynecologie; — a p l i c a ţ i u n i l e r e c i (compresele reci, punga cu ghiaţă, etc.) sunt însă frecvent întrebuinţate.

Aplicaţiunile reci îşi găsesc aproape aceleaşi indicaţiuni ca şi aplicaţiunile calde.

Sunt însă bolnave, care deşi prezintă acelaşi afecţiune ginecologică, reacţionează totuşi diferit sau cu totul opus la acelaş grad de temperatură, — adică, una obţinând efecte salutare în urma aplicaţiunilor calde, în timp ce cealaltă, numai în urma aplicaţiunilor reci ; — această diversitate de efecte stă în raport însă, cu starea constituţională a bolnavelor, cu temperamentul lor, vârsta, reacţiunile lente sau rapide ale organismului, hypersensibilitate, etc.

Aplicaţiunile reci produc o anemie a ţesuturilor, datorită vasoconstricţiei capilarelor, urmată de o moderare a activităţii circulatorii, ducând la o oprire a sângelui în capilare şi la o obliterare a acestora; — această anemie pasageră este urmată de o hyperemie durabilă.

Hyperemia produsă de aplicaţiunile reci este o hyperemie pasivă, deoarece refrigeraţia pătrunde foarte adânc în profunzime; — acţiunea fiziologică a aplicaţiunilor reci se manifestă printr'un proces derivativ.

Aplicaţiunile de scurtă durată produc o anemie locală, alungând sângele la interior, ceiace determină o congestie a organelor profunde; — după terminarea aplicărei, sângele revine în vasele periferice în cantitate şi mai mare, producându-se astfel o reacţiune.

Aceste modificări de circulaţie atrag după sine modificări termice de hypothermie, urmate de modificări termice de hyperthermie, cu efecte binefăcătoare asupra stărei generale a organismului.

Aplicaţiunile reci continui, pe de altă parte gonind sângele în profunzime, duc la o decongestionare periferică, având o acţiune sedativă locală.

Aplicaţiunile reci apoi, datorită proprietăţilor lor vasoconstrictoare, au şi o acţiune hemostatică, diminuând totodată fenomenele de resorbţie toxică la nivelul focarului infecţios, iar prin răcirea ţesuturilor în profunzime, se împiedică de asemenea înmulţirea microbilor.

Gradarea temperaturei şi durata aplicaţiunilor reci, ca şi în aplicaţiunile calde, îşi au indicaţiunile şi contra indicaţiunile lor, în diferitele afecţiuni ginecologice.

VI. Phototherapia.

Iradiaţiunea actinotherapică se bazează pe acţiunea biologică a energiei radiaţiunilor chimice ale spectrului, adică albastru, indigo, violet şi ultra-violet.

Acţiunea biologică a iradiaţiunilor ultra-violete, din punct de vedere gynecologic, se manifestă prin regularizarea funcţiunilor glandelor cu secreţie internă, deci şi asupra ovarelor, prin intermediul sistemului nervos sympatic; — insuficienţa ovariană este influenţată cu ajutorul băilor generale, iradiaţiunea uşor eritematoasă a regiunei lombare, a foselor iliace şi a membrelor inferioare, obţinându-se o regularizare sau o restabilire a funcţiunei menstruale; — baciloza genitală a femeiei este deasemenea favorabilă tratamentului actinic.

Iradiaţiunea infra-roşie denumită şi raze calorice sau căldură radiantă sunt raze din spectru, vibraţiuni electromagnetice de aceiaş natură ca şi undele Hertziene, care au proprietatea de a pătrunde în corp şi a provoca ridicarea de temperatură.

Acţiunea biologică a iradiaţiunei infra-roşii, în gynecologie, se manifestă prin hyperemie superficială şi profundă, care dă loc apoi la supra-activitatea ţesuturilor iradiate, prin augmentarea diferitelor acte de nutriţie, de motricitate şi de secreţie; — această acţiune are efect analgeziant şi resolutiv în procesele inflamatorii, de ex. în salpingite, etc.

Iradiaţia infra-roşie este contra-indicată în cazurile în care se află o congestie a micului bazin, deoarece aceasta va da loc la menstruaţii foarte abondente.

Iradiaţiunea luminoasă sau căldura luminoasă este produsă de lămpile electrice obişnuite.

Acţiunea biologică a băilor de lumină se manifestă printr'o sudaţie intensă, atât de favorabilă în intoxicaţiunile cronice (de ex. obesitatea, atât de frecventă la femeie) dar mai ales în phlebitele vechi post-partum.

Iradiaţiunea solară este un agent therapeutic de cea mai mare importanţă.

Acţiunea biologică a heliotherapiei se manifestă printr'o acţiune tonică, urmată de o ameliorare a stărei generale şi creşterea corpului în greutate, — de asemenea printr'o acţiune sedativă, urmată de o diminuare a excitabilităţei nervoase şi revenirea somnului la normal.

VII. Röntgentherapia.

Röntgentherapia se bazează pe descoperirile extraordinare în domeniul energiei radiante, obţinându-se lungimi de undă din ce în ce mai scurte şi deci, din ce în ce mai penetrante, — cât şi lungimi

de undă de ordinul Angström şi deci, aproape imediat absorbabile, necesare în afecţiunile superficiale; — astăzi dispunem prin urmare, de o radiotherapie penetrantă, de o radiotherapie semi-penetrantă, cât şi de o radiotherapie superficială.

Acţiunea biologică a radiaţiunilor acestora este datorită proprietăţilor lor de a fi absorbite de materia vieţuitoare, dând loc după intensitate la o acţiune fie cytolytică, fie inhibitoare.

Diferite afecţiuni gynecologice sunt favorabil influenţate de razele Röntgen.

Cancerul porţiunei vaginale cu infiltrarea parametrelor, cât şi cancerul corpului uterin sunt influenţate prin puterea cytolytică globală a razelor, provocând destrucţia locală a elementelor neoplasice; — fibromul şi hemoragiile uterine sunt influenţate prin îndepărtarea factorului congestiv, în urma destrucţiei aparatului folicular şi deci şi a luteinei, hormon proliferant şi congestiv al endometrului, — cât şi datorită relaţiunilor trofice dintre ovar şi fibrom, ceiace a contribuit ca astăzi să nu mai fie supuse la operaţia chirurgicală decât cca 20% din fibromatoze (tumori exclusiv fibroase sau tumori calcice); — afecţiunile inflamatorii ale aparatului genital al femeiei sunt influenţate prin puterea unei cytolyse elective a razelor, ca pelvi-peritonita tuberculoasă a femeilor tinere, salpingo-ovaritele bacilare (fără alte localizaţiuni) afecţiunile inflamatorii ale parametrelor şi anexelor, datorite gonococului sau agenţilor pyogeni obişnuiţi, post-partum sau post-abortum, dar mai ales parametritele cronice sau subacute cu participarea moderată a anexelor şi acompaniate de hemoragii, dysmenoree, dureri, etc.; — amenorea pură este influenţată prin iradierea glandei hypophysare, ştiut fiind că există o strânsă synergie care subordonează funcţiunile genitale la controlul secreţiunilor hypophysare.

VIII. Radiumtherapia.

Radiumtherapia se bazează pe descoperirea razelor de radium, care se caracterizează prin lungimi de undă foarte scurte, apropiindu-se de razele penetrante Röntgen.

Acţiunea biologică a acestor raze este din ce în ce mai mult întrebuinţată în afecţiunile gynecologice, de ex. în tratamentul cancerului porţiunei vaginale a uterului la început, fără infiltrarea parametrelor, — iar în cancerul care a invadat vaginul şi diversele organe pelviene se recurge la curietherapia prin focare exterioare; — în tratamentul fibromului, care prezintă o hemoragie foarte abondentă,

încât nu se poate recurge la röntgentherapie sau la operaţie chirurgicală, curietherapia găseşte o indicaţie capitală, oprind imediat sau în câteva zile pierderile de sânge.

Prin trecerea în revistă a acestor metode physiotherapice, noi nu am urmărit o punere la punct a acestei therapeutici, ci ne-am propus numai prin această scurtă ochire, de a atrage atenţiunea celor în drept, asupra evoluţiei actuale a metodelor therapeutice de gynecologie, rămase încă aproape exclusiv chirurgicale, în unele centre medicale, chiar foarte reputate.

Proiectul

pentru înfiinţarea Academiei Române de Medicină

Domnul Profesor Danielopolu, Preşedintele Asociaţiunei Generale a Medicilor din România şi Senator al Universităţii din Bucureşti, a întocmit un proiect pentru înfiinţarea unei Academii Române de Medicină în Bucureşti.

Acest proiect a fost prezentat Comitetului Asociaţiunei Generale a Medicilor, Consiliului Facultăţilor de Medicină, Ministerului Instrucţiunii Publice şi Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cu rugămintea de a fi discutat şi după ce va fi primit forma definitivă, să fie prezentat Corpurilor Legiuitoare ca Proiect de Lege. Aflăm că Domnul Dr. Anghelescu, ministrul instrucţiunii publice, şi-a însuşit acest proiect şi astfel este dată posibilitatea ca el să ajungă, în scurtă vreme, în discuţia Parlamentului.

Proiectul, întocmit de către Dl Profesor Danielopolu, preconizează înfiinţarea unei Academii Române de Medicină cu sediul în Bucureşti, compusă din două **diviziuni**:

1. *Diviziunea ştiinţifică* cu 6 secţiuni şi anume: de medicină internă şi specialităţile învecinate, chirurgie şi specialităţile chirurgicale, ştiinţele biologice experimentale, ştiinţele fizico-chimice şi naturale, medicina veterinară şi farmacia.

2. *Diviziunea de organizare* cu două secţiuni şi anume: una pentru învăţământul medico-farmaceutic şi alta pentru organizarea sanitară.

In afară de aceasta, diviziunea ştiinţifică mai este prevăzută şi cu o *comisiune permanentă* de coordonare a lucrărilor ştiinţifice şi de relaţiuni internaţionale şi de propagandă în ţară şi străinătate, putând să mai creieze şi alte comisiuni temporare, însărcinate cu studiul diferitelor probleme ştiinţifice.

Diviziunea de organizare este prevăzută cu *5 comisiuni permanente*, putând la rândul ei să mai creieze şi alte comisiuni temporare, în aceleaşi condiţiuni ca şi diviziunea ştiinţifică.

Scopul *Academiei de Medicină este:*

1. De a contribui la progresul cercetărilor ştiinţifice în domeniul medicinei umane, medicinei veterinare, farmaciei şi ştiinţelor biologice, fizico-chimice şi naturale în raport cu medicina.

2. De a da directivele ştiinţifice ale organizării sanitare şi învăţământului medicinei umane, medicinei veterinare şi al farmaciei.

Membrii Academiei Române de Medicină sunt: membri *titulari* în număr de 60, toţi cu domiciliul în Bucureşti; membri *corespondenţi* şi anume 60 membri *naţionali*, adecă români cu domiciliul în ţară ori străinătate şi membri *streini* tot în număr de 60, dintre streinii cu domiciliul în ţară sau străinătate; membri *asociaţi* cari se aleg dintre membri corespondenţi şi se împart iarăşi în *naţionali* şi *streini*, numărul lor fiind fixat la câte 30 pentru fiecare categorie şi în fine membri *liberi* în număr de 8.

Membrii titulari se numesc prin Decret Regal, cei corespondenţi, asociaţi şi onorari sunt numiţi de către Academie.

Biroul Academiei se compune din: Preşedinte, doi vice-preşedinţi, un secretar general, un casier şi trei secretari anuali, cari se aleg *numai* dintre membrii titulari.

Diviziunile Academiei dispun de câte un birou separat, având fiecare în frunte câte un preşedinte, un vice-preşedinte, un secretar general şi doi secretari de şedinţă.

Secţiunile îşi aleg cu majoritate de voturi un preşedinte şi un secretar.

Academia de Medicină corespunde cu Statul prin Ministerul Sănătăţii în toate chestiunile cari privesc organizarea sanitară umană, cu Ministerul Instrucţiunei Publice pentru toate chestiunile culturale, cu Ministerul Agriculturei pentru toate chestiunile veterinare şi cu celelalte Ministere şi autorităţi publice în orice chestiune care priveşte problemele studiate de către Academie, Ministerele, în sensul proiectului D-lui Profesor Danielopolu, sunt *obligate* a cere avizul Academiei de Medicină pentru orice proiect de lege, modificare de lege, regulamente, etc., cari privesc organizarea sanitară şi învăţământul medical. Avizul Academiei în toate aceste probleme însoţeşte în mod obligator proiectul de lege pe la toate instanţele legale şi până la ultimele forme pentru decretare.

Preşedintele Academiei de Medicină şi câte trei membri aleşi de diviziunea de organizare, vor face parte de drept din Consiliul superior al sănătăţii.

La constituirea Academiei, membrii fondatori vor fi 35 de membri titulari din diviziunea ştiinţifică, aleşi dintre profesorii Facultăţii de

Medicină umană, de Medicină veterinară şi de Farmacie din Bucureşti, din cei cu o vechime mai mare de funcţionare ca profesori la aceste Facultăţi.

* * *

Aceste sunt, în linii generale, principalele dispoziţii din Proiectul întocmit de către Domnul Profesor Dr. Danielopolu.

Intr'un număr viitor al Revistei noastre ne vom ocupa în deaproape cu aceasta problemă, discutând necesitatea şi utilitatea înfiinţării Academiei Române de Medicină, precum şi felul ei de organizare. Pentru moment constatăm doar frumoasa iniţiativă a Domnului Profesor Danielopolu şi nizuinţa D-sale de a se creia un aeropag ştiinţific occidental pentru problemele împreunate cu sănătatea publică. Ţinem însă, să ne exprimăm de pe acum nedumerirea asupra dispoziţiunii din proiect, care prevede că membrii titulari, adecă cei mai importanţi factori, adevăraţii academicieni, pot fi numai dintre profesorii Facultăţii de Medicină umană, veterinară şi farmacie din Bucureşti, eliminându-se prin aceasta măsură, dintru început, toate elementele de valoare cari întâmplător domiciliază în alte părţi ale ţării. Socotim că este o măsură nedreaptă şi inechitabilă, menită să dea naştere la discuţii foarte aprinse, poate înveninate, în jurul proiectului, făcându-l nesimpatic în faţa corpului medical şi farmaceutic din afară de raza Capitalei. **Dr. I. Stoichiţia.**

Publicul şi medicina.

Sub acest titlu a apărut în numărul trecut al acestei reviste sub semnătura domnului Dr. M. Capitanovici, o temeinică critică a tendinţei tot mai manifeste a medicilor de a vulgariza şi populariza prin conferinţe, broşuri, etc. cunoştinţe medicale. D-Sa este de părerea să se renunţe la expunerea detaliată a chestiunilor de clinică şi să se dea publicului ceeace-i poate fi de real folos, adecă noţiuni elementare pentru înţelegerea principiilor de igienă, insistându-se cu predilecţie asupra chestiunilor de profilaxie medicală. Oricare medic este de acord, cred, în aceasta privinţă, mai ales că în ultimul timp se ivesc tot mai multe cazuri cu urmări grave, atât pentru medici, cât mai ales pentru pacienţi ce decurg din iniţiarea incompletă a publicului în chestiuni de specialitate medicală. In legătură cu aceasta problemă este util, cred, să facem un pas în plus şi să analizăm puţin rostul şi rezultatul aşa numitelor conferinţe medicale. Mă refer *numai* la conferinţele medicale pentru popor, unde subiectul să fie limitat la desideratul de sus.

In comunele din jurul oraşelor mai mari se desfăşoară fără îndoială o laudabilă propagandă sanitară din partea medicilor. In privinţa aceasta s'ar putea da ca exemplu activitatea din judeţul Sibiu şi Cluj, în afară de aceste două centre mai sunt şi altele, unde se munceşte mult pentru ridicarea condiţiilor de traiu ale păturei noastre ţărăneşti. Pe lângă profitul cu care se alege populaţia în urma acestor conferinţe, incontestabil că corpul medical câştigă prestigiu în faţa lor, devenind un factor îndrumător de prima importanţă.

Greşeala constantă ce se face în legătură cu aceste conferinţe este lipsa de continuitate şi de un program bine stabilit. Pretutindeni se observă tendinţa de a difuza aceste cunoştinţe într'un număr cât se poate de mare de sate, fără să se ţină cont de conferinţele anterioare şi de condiţiile locale. Fiecare conferenţiar este înarmat de obiceiu cu 2—3 conferinţe, dintre cari alege la întâmplare una sau alta fără nici un criteriu sau program. Ce rezultă de aici? Rezultă o intenţie bună fără aproape nici un rezultat practic. O mare

parte dintre sate se va alege cu una sau două conferinţe în tot cursul anului, iar altele ceva mai norocoase, cari au fost vizitate mai des, vor profita aproape tot atât de puţin în urma materialului prea dispersat, incoerent sau prea des repetat. Nu ştiu de un program de propagandă sanitară unde numărul, frequenţa şi materialul conferinţelor să fi fost prelucrat în vederea unei propagande *susţinute şi continue*. Şi tocmai fiindcă lipseşte firul de continuitate şi de sistematizare, lipseşte în mod fatal coordonarea muncii diferiţilor conferenţiari, repetându-se în mod invariabil aceleaşi probleme în număr de 3—4 fără să se poată ajunge mai departe în expunerea diferitelor probleme decât la principii elementari prea vagi. Dar cu principii ţăranul nostru nu se lasă convins, pentru înţelegerea problemelor de contagiune, profilaxie, etc., etc. trebue să i se producă dovezi convingătoare în cadrul unui program pe care el poate să-l urmărească timp mai îndelungat. Evident, acest lucru ar complica mult sarcina conferenţiarului şi ar însemna oarecari greutăţi de execuţie.

Pentru a da acestor conferinţe un randament mai mare va trebui să se renunţe la programul greşit de până acum şi să se caute o organizare raţională a acestei activităţi.

Încerc să înşir aici mai jos câteva din punctele principale, cari vor trebui să formeze — după părerea mea — baza educaţiei igienice a populaţiei rurale.

Numărul comunelor unde urmează a se ţine conferinţele să fie limitat la minimum. Pentru aceste comune să se întocmească un plan detaliat despre materialul, frequenţa conferinţelor şi numărul conferenţiarilor. Conferinţele să se ţină sub formă de cursuri, păstrându-se strânsă legătură între materialul diferitelor şedinţe. In felul acesta s'ar ajunge la o expunere metodică şi amănunţită a diferitelor chestiuni luate în program şi s'ar evita desele repetări şi expunerile vagi cari caracterizează propaganda sanitară urmată până acum. Să nu se forţeze participarea unui număr prea mare de ascultători, cu cât numărul lor va fi mai redus, cu atât mai mari sunt şansele rezultatului. Conferinţele să fie completate cu demonstraţiuni practice simple, singurele în măsură de a captiva atenţia participanţilor şi de a străbate scepticismul săteanului. Sigur, nu vom avea pretenţia de a face demonstraţiuni prea pretenţioase şi costisitoare, dar în faţa unui public neiniţiat în tainele ascunse ale ştiinţei medicale nu ne putem prezenta numai cu argumente oratorice.

Ce avantaje ar prezenta aceste cursuri faţă de propaganda urmată până acum în condiţiile de sus?

In loc să se fărâmiţeze activitatea noastră în atâtea părţi, ne preocupăm în mod mai amănunţit de un grup anumit şi stabil de ascultători, ceeace are o importanţă pedagogică.

Se pot desvolta „in extenso" până la limita raţională anumite chestiuni a căror cunoaştere din partea poporului sunt de dorit.

Cu timpul vom ajunge ca o parte — fie cât de mică — a ascultătorilor acestor cursuri să reţină o bună parte din materialul predat *devenind ei înşuşi factori de propagandă sanitară* în localitate.

Obiecţiunea ce ar putea fi adusă acestei propuneri e că se neglijează cea mai mare parte a locuitorilor în favorul unora preferaţi. Mă întreb însă dacă e mai preferabil să iniţiăm cu totul superficial şi incomplet un număr cât se poate de mare de indivizi în loc să facem o educaţie temeinică şi serioasă unui grup mai limitat de săteni, urmând natural ca cursurile să fie trecute după executarea programului în alte comune.

S'ar putea ridica şi obiecţiunea că cursurile cu un material prea uniform şi unilateral n'ar putea susţine atenţia publicului până la sfârşit. Depinde de metodă, dacă conferinţa sanitară n'ar trece limita de maximum 45' şi dacă programul se completează şi cu alte puncte atrăgătoare pentru popor, nu poate fi nici o teamă de lipsă de interes pentru aceste conferinţe. Dacă expunerea se face cu demonstraţiuni, eventual filme, diapozitive, tablouri, etc., conferinţa devine prin sine suficient de atrăgătoare şi instructivă pentru a putea renunţa la completarea programului cu subiecte streine de preocupările noastre. In orice caz, cred însă că n'am avea nimic de pierdut dacă aceste cursuri ar avea un program variat cuprinzând şi alt material în afară de cel medical. Rămâne de văzut şi de căutat cine ni se va alătura la aceasta muncă pentru completarea programului. Dacă s'ar reuşi să se înjghebeze o astfel de colaborare, aceste cursuri ar primi un caracter de mare importanţă, devenind focare serioase de educaţie, atât din punct de vedere sanitar, cât şi cultural.

Se face deci propunerea să se înlocuiască propaganda în masă cu propaganda în cerc restrâns. Nu mă îndoesc că rezultatul acestei metode va fi incomparabil mai bogat decât a fost până acum şi încercările în aceasta direcţie merită o atenţie specială.

Dr. Ioan Cosma,
medic primar al jud. Sibiu.

Trei ani de activitate în Plasa sanitară model Gilău.

La 1 Ianuarie 1934, Plasa sanitară model Gilău a intrat în al 4-lea an al existenței sale.

Creiată din inițiativa Institutului de Igienă din Cluj, cu largul concurs al fundațiunei Rockefeller, al județului Cluj și al Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Plasa sanitară Gilău, prin activitatea-i de până acum, își justifică pe deplin utilitatea și marea ei necesitate pentru serviciul nostru sanitar rural. Experiența celor trei ani de activitate, precum și rezultatele dobândite în acest interval, ne demonstrează în mod evident că, principiile preventive cari stau la baza Legii noastre sanitare din 1930 și cari au fost aplicate pe teren în aceasta Plasă, sunt bune și în consecință ele trebue generalizate și aplicate pe o scară cât mai întinsă.

Plasa sanitară model Gilău se întinde pe un teritoriu de 838 km^2, corespunde cu plasa administrativă numită „Plasa Moților" din județul Cluj și are pe teritoriul său 25 comune rurale cu o populație totală de 28.613 locuitori (cifra probabilă la 1 Iulie 1933). Ea se împarte în 4 circumscripții sanitare rurale, cari fiecare, dispune de câte o Casă de ocrotire cu Dispensar, unde se dau consultații medicale gratuite pentru diferite boli și unde își are domiciliul și sora de ocrotire, principala auxiliară a medicului de circumscripție.

Personalul Plasei sanitare se compune din:

1 medic igienist de plasă,
4 medici de circumscripție rurală,
1 soră de crotire conducătoare,
5 surori de ocrotire,
1 agent sanitar,
1 secretar de birou,
1 șofeur,
2 oameni de serviciu.

In afară de acest personal stabil mai colaborează la activitatea Plasei, cu anumite zile de lucru pe săptămână:

1 medic ftiziolog,
1 „ puericultor şi
1 „ dentist.

La Casele de ocrotire se dau consultaţii medicale gratuite pentru:

sugaci, odată pe săptămână,
preşcolari, odată pe săptămână,
şcolari, „ „ „
prenatale, de 2 ori pe lună,
tuberculoză, odată pe săptămână,
venerii, de 2 ori pe săptămână,
dentistică şcolară, de 3 ori pe săptămână.

In afară de activitatea dela dispensar, medicul igienist de Plasă şi medicii de circumscripţie rurală vizitează şi inspectează în mod regulat toate comunele ce le aparţin. Medicii de circumscripţie vizitează aceste comune cel puţin odată în fiecare lună, fiind obligaţi la minimum 10 inspecţii lunare, iar în caz de epidemii de câte ori reclamă necesitatea. Surorile de ocrotire, asistă pe medici în activitatea dela dispensar şi fac vizite la domiciliul bolnavilor, acordând o deosebită atenţiune părţii educative în familie şi asistenţei sociale şi sanitare în toate cazurile indicate.

Activitatea Caselor de Ocrotire.

In decurs de 3 ani, la Casele de ocrotire s'au dat următoarele consultaţii medicale gratuite:

	1931	1932	1933
Sugaci	801	1756	1862
Preşcolari	241	569	742
Şcolari	1637	1040	1665
Prenatale	61	224	242
Tuberculoză	600	1092	1999
Venerii	987	3499	5864
Stomatologie	1171	1403	1686
Total:	5498	9583	14.060

O activitate prodigioasă care nu mai necesită nici un fel de comentar. Remarcăm doar faptul că, numărul consultaţiilor date a crescut din an în an pentru fiecare categorie, ceiace denotă că încrederea şi interesul populaţiei faţă de activitatea acestor instituţii, se manifestă tot mai evident.

Impărţită această activitate asupra diferitelor categorii, luând ca medie anul 1933 şi socotită în procente, avem următorul tablou:

Sugaci	13,2%	din toată activitatea cu	6800	vizite	la	domiciliu
Preşcolari	5,2%	„ „ „ „	2020	„	„	„
Şcolari	11,8%	„ „ „ „	539	„	„	„
Prenatale	1,7%	„ „ „ „	656	„	„	„
Anti t. b. c.	14,2%	„ „ „ „	841	„	„	„
Anti venerice	41,9%	„ „ „ „	864	„	„	„
Dentare	12,0%	„ „ „ „	—	„	„	„

Constatăm deci, că cea mai mare parte a activităţii dela Dispensar a fost absorbită de consultaţiile şi tratamentul bolilor venerice (41,9%), iar cea mai mică parte revine consultaţiilor prenatale (1,7%).

Activitatea Surorilor de Ocrotire.

Surorile de ocrotire în afară de activitatea dela Dispensar, au vizitat toate cazurile indicate, îndeosebi copiii sugaci şi copiii şcolari. In decursul celor trei ani, surorile de ocrotire au făcut următoarele vizite la domiciliu:

Anul 1931=	4.967	vizite cu	7.668	ore de	lucru
„ 1932=	10.438	„ „	14.129	„ „	„
„ 1933=	13.294	„ „	17.453	„ „	„

Repartizată această activitate asupra cazurilor vizitate la domiciliu, constatăm că revine:

13,6	vizite	pentru un sugaciu
5,8	„	„ un preşcolar
4,2	„	„ o prenatală
5,5	„	„ un tuberculos
3,4	„	„ un veneric

* * *

In afară de aceasta activitate remarcabilă a medicilor şi surorilor de ocrotire, s'a mai desfăşurat în cei trei ani, o foarte intensă activitate de laborator, o deosebită activitate în combaterea diferitelor epidemii, precum şi pe terenul ameliorării igienei şi salubrităţii publice. S'au inspectat în mod regulat diferitele industrii din cuprinsul Plasei sanitare, Instituţiile publice, îndeosebi şcolile, precum şi orice alt local supus controlului sanitar. S'a acordat o deosebită atenţiune introducerii unui sistem de *sanitaţie*, chemat să amelioreze starea de igienă generală a localităţilor, construindu-se o serie întreagă de fântâni publice, closete rurale, precum şi o baie publică cu duşuri în comuna de reşedinţă Gilău.

Plasa sanitară model Gilău a servit în ultimii ani şi ca teren de experienţă şi practică pentru absolvenţii Facultăţii de medicină din Cluj, pentru medicii cursurilor de specializare în igienă şi pentru surorile de ocrotire, absolvente a cursurilor de pregătire.

Rezultatele obţinute în cei trei ani de activitate, redate în cifre se pot rezuma în următoarele:

Mortalitatea generală:

	1931	1932	1933
	19,9‰	19,2‰	18,2‰
Mortalitatea infantilă:	17,5%	17,7%	13,7%

Din aceste date sumare rezultă, o scădere treptată a cifrei mortalităţii generale şi o foarte pronunţată scădere a cifrei mortalităţii infantile. Mortalitatea infantilă din anul 1932 se prezintă la o cifră relativ urcată, din cauza unei epidemii extinse de disenterie, care din lipsă de mijloace nu s'a putut combate cu destulă eficacitate.

Dacă împărţim Plasa sanitară model Gilău în trei *categorii* distincte şi anume: Cat. I. cu 8 comune, având reşedinţe de medici, Case de ocrotire şi soră de ocrotire, unde vizitele se fac în mod regulat, iar inspecţiile sanitare la intervale mici;

Cat. II. cu 8 comune, unde aceste vizite şi inspecţii se fac numai de 3—4 ori pe lună şi

Cat. III. cu 9 comune, unde vizitele şi inspecţiile sanitare se execută la intervale mai mari, din cauza depărtării şi căilor de comunicaţie impracticabile în anumite anotimpuri, obţinem următoarele date:

Mortalitatea generală:

	1931	1932	1933
Cat. I.	17,9‰	17,8‰	15,9‰
Cat. II.	20,8 „	17,9 „	18,7 „
Cat. III.	21,0 „	21,9 „	20,1 „

Mortalitatea infantilă:

Cat. I.	16,7%	17,3%	10,8%
Cat. II.	17,9 „	19,0 „ (Disenteria)	12,7 „
Cat. III.	17,9 „	18,9 „	17,6 „

Din aceste cifre comparative rezultă, o scădere foarte pronunţată, atât a mortalităţii generale, cât şi a mortalităţii infantile la Cat. I., unde noua organizare sanitară a putut activa în plin şi o ameliorare minimală însă gradată, la celelalte categorii, cari mai mult

sau mai puțin, au rămas cu aceeași organizare sanitară insuficientă ca și mai înainte. O dovadă eclatantă deci că, prin introducerea sistemului de organizare sanitară, bazat pe principiile de medicină preventivă, se pot obține rezultate admirabile și în termen relativ destul de scurt.

Ne mărginim la expunerea și comentarea acestor date comparative, privitoare la rezultatele dobândite după trei ani de activitate, în Plasa sanitară model Gilău. Experiența este în continuare și tendința trebue să fie de a aduce sub raport de organizare și activitate preventivă și categoria II. și III. cel puțin la nivelul Cat. I., ceiace între împrejurările de azi, ar putea fi idealul pentru oricare circumscripție sanitară sau plasă sanitară din România.

Din datele reale arătate mai sus, rezultă deci constatarea că, experiența din Plasa sanitară model Gilău, după trei ani de activitate, se poate considera ca pe deplin reușită, făcându-se astfel dovada utilității și necesității ei. Generalizarea sistemului Plășilor sanitare în sensul dispozițiilor art. 57—68 din Legea sanitară ar presupune înființarea alor circa 200 Plăși sanitare pe toată țara, ceiace de bună seama că ar lărgi, ar perfecționa și ar moderniza în mod simțitor organizația noastră sanitară și s'ar aduce incontestabil un folos imens sănătății pubice, îndeosebi în mediul rural.

Institutul de Igienă din Cluj, care conduce Plasa sanitară model Gilău din punct de vedere tehnic, merită toate elogiile pentru opera realizată, iar fostul medic igienist al Plășii *dl Dr. Ioan Cosma*, precum și actualul igienist *dl Dr. I. Prodan*, merită toată lauda pentru munca depusă și rezultatele obținute.

Dr. I. Stoichița.

Mişcarea populaţiei în judeţul Sibiu în luna Februarie 1934.

Numărul populaţiei la 1 Februarie 1934 este de 150.197 suflete şi anume:

Români	=	111.287	= 74.1%
Saşi	=	36.658	= 24.4%
Alţii	=	2.252	= 1.5%
Total	=	150.197	

Natalitatea: S'au născut 283 copii şi anume: 212 Români, 62 Saşi şi 9 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală = 22.6‰.

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români = 22.8‰
la Saşi = 20.2‰

Naşterile după sex dau 137 băeţi la 146 fete, adecă la 100 băeţi 106 fete

După starea civilă avem 261 naşteri legitime şi 22 nelegitime, procentul naşterilor nelegitime este deci de 8.4%. Acest procent e de 7.0% la Români şi de 10.8% la Saşi.

Mortalitatea: Numărul decedaţilor a fost de 218 şi anume: 160 Români, 53 Saşi şi 5 de altă naţionalitate.

Mortalitatea generală = 17.4‰.

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români = 17.2‰
la Saşi = 17.6‰

Numărul cel mai mare de decese îl dau adulţii dela 60 ani în sus (47%) şi copiii sub 1 an (15%).

Mortalitatea infantilă: Numărul deceselor sub 1 an a fost 33, dintre cari 27 Români, 4 Saşi şi 2 de altă naţionalitate.

Cifra mortalităţii infantile = 116.6‰.

Mortalitatea infantilă după naţionalităţi dă următoarele cifre:

la Români = 127.3‰
la Saşi = 64.5‰

Mortinatalitatea: S'au înregistrat 9 născuți-morți, 6 la Români și 3 la Sași. Raportând aceste cifre la 100 născuți vii obținem cifra mortinatalității de 3,1%; după naționalități avem:

la Români = 2.8%
la Sași = 4.8%

Observări: In 12 comune n'a fost nici o naștere, în 20 comune nu s'a înregistrat nici un mort. In 14 comune s'au înregistrat numai decese dela etatea de 60 ani în sus, iar în 2 comune numai decese sub 1 an.

Concluziuni: Natalitatea este în scădere față de luna trecută, această scădere este cu mult mai accentuată la Sași decât la Români.

Mortalitatea generală din contra este mai urcată decât în luna trecută, mortalitatea generală a Sașilor întrece pe cea a Românilor.

Mortalitatea infantilă este în scădere pronunțată față de luna anterioară, aceasta scădere se referă cam în aceiaș măsură, atât la Români, cât și la Sași. E de notat cifra extrem de favorabilă a acestui fenomen la Sași.

Mortinatalitatea se menține la Români în jurul mediei lunei trecute, în schimb la Sași este foarte urcată.

Luna Februarie a fost deci mult mai favorabilă pentru Români decât pentru Sași.

Dr. I. Cosma
medic primar al județului Sibiu.

Revista revistelor.

DERMATO-VENERICE.

Dr. E. Fischer. *Über Lymphogranuloma inguinale. Mediz. Zeitschr. 1934, Heft 2.*

Boala numită limfogranulomatoză inghinală este mai frecventă în ţările tropicale de unde a fost adusă în Europa de trupele exotice.

Etiologia boalei este încă necunoscută. A fost pusă în legătură, când cu sifilisul, când cu tuberculoza.

Lucrările lui Nicolas, Fabre şi Durand au diferenţiat-o de adenitele strumoase stabilind că este vorba de o nouă boală venerică cu poarta de intrare pe mucoasa uretrală sau genitală.

Debitul boalei se face cam după 2 săptămâni de incubaţie, când apare şancrul de inoculare, „Primäraffect"-ul care trece de cele mai multe ori neobservat.

„Primäraffect"-ul se localizează, fie pe glandul penisului, fie în şanţul balanopreputial, având o formă ulceroasă, una nodulară şi una papuloasă. Inocularea prin mucoasa uretrei se manifestează printr'o scurgere purulentă uretrală. Toate formele de manifestare a inoculării au tendinţa la vindecare spontană.

Diferenţierea de şancrul sifilitic, de şancrul moale, de herpesul genital este greu de făcut, neavând caractere specifice. — Dificultatea este şi mai mare atunci când e vorba de a diferenţia uretrita limfogranulomatoasă de celelalte uretrite.

După aproximativ 3 săptămâni dela debutul „Primäraffect"-ului, apare tumefierea ganglionară, acest interval de timp fiind a doua perioadă de incubaţie.

Ganglionii care se prind în primul rând sunt cei din grupa mijlocie a regiunii inghinale. — Tumefacţia prinde ganglionii în bloc. Supuraţia ganglionară este frecventă şi prinde şi pielea regiunii, iar fistula care se formează este punctiformă. Acestor fenomene locale li se ataşează şi simptome generale.

Diagnosticul diferenţial cu alte afecţiuni ale sistemului limfatic este uşurat de reacţia descoperită de Frei la 1925.

Tratamentul este medical, radiologic şi chirurgical. Extirparea la început a ganglionilor este cel mai bun tratament.

Dr. C. Banu.

OTO-RHINO-LAR.

Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, No. 8, 1933. **Dr. L. D. Reynier.** *Sur quelques cas de Tuberculose du Pharynx.*

Apariţiunea unei laringite în cursul tuberculozei pulmonare este expresiunea unei scăderi trecătoare a rezistenţei organismului la invazia bacilară, iar evoluţia laringitei este independentă de tbc. pulmonară. Apariţiunea de leziuni tbc. la nivelul faringelui sau a gurei este semnul unei intoxicaţiuni generale la un bolnav cu o rezistenţă a organismului complet dispărută, iar evoluţia leziunilor este oglinda evoluţiei a chiar leziunei pulmonare.

Tuberculozele faringiene sunt divizate în patru forme principale:

1. Faringite acute granulice, descrise de Isambert de unde şi numele de maladia lui Isambert.
2. F. cronice: Ulceraţiuni localizate.
3. F. torpide: Lupus.
4. F. latente: Angine, fruste sau catarale, hipertrofie amigdaliană. Apariţia unei forme sau alta este legată de starea leziunilor pulmonare.

Mai întâi se pune întrebarea: există tbc. primară a faringelui? se admitea existenţa ei înainte de a se cunoaşte bine simptomatologia de debut a tbc. pulmonare. Astăzi nu se mai admite decât în cazuri extrem de rare. Când leziunile pulmonare sunt torpide, starea generală bună, fără expectoraţie bacilară, atunci leziunea faringiană rămâne localizată la o amigdală, la peretele posterior faringian, pilieri, limbă. Ea evoluiază încet, dispare la tratament pentru a reapărea din nou după o trecere de luni sau ani, oglinda a evoluţiei leziunilor pulmonare, căci faringita tbc. urmează întocmai mersul

tbc. pulmonare. Adesea localizarea faringiană precedă sau însoţeşte un puseu acut sau o disiminare a infecţiunii cu localizarea în diverse alte organe: intestin, aparat urogenital, etc.

Maladia lui Isambert este forma miliară acută, foarte gravă — fatală — o localizare faringiană concomitent cu alte localizaţiuni, tbc. laringeană nu apare niciodată simultan cu cea faringeană, ci cel mai adesea o precedă. Tbc. laringeană are un pronostic mai bun ca tbc. faringean, căci apariţia acestei din urmă anunţă sfârşitul apropiat.

Mai departe autorul redă câteva observaţiuni interesante de tbc. faringeană: la toate cazurile se constată un mers intermitent al maladiei, prin puseuri la intervale de 20 zile.

Mayet explică acest mers al maladiei (febre ondulante) prin ciclu evolutiv al bacilului Koch. Ar fi în realitate o septicemie cu ultra Virus — granulemie — şi nu o septicemie cu bacili (granulie). — Pe ce cale se face infecţiunea faringelui? După Isambert numai calea sanguină ar provoca infecţiunea. — Infecţiunea pe calea limfatică este rară. Propagarea prin continuitate dela un lupus al feţei, al nasului se admite că ar exista uneori, cât despre inoculaţia directă prin pătrunderea bacilului, este excepţională. Ar trebui ca aceşti bacili să pătrundă până în calea limfatică şi apoi să fie transportaţi la faringe. In acelaşi timp însă trebue să se găsească un teren favorabil şi o rezistenţă micşorată a organismului. In ceeace priveşte tratamentul faringitei tbc. autorul recomandă în primul rând să se remonteze starea generală a bolnavului prin traiul în bune condiţiuni higienice şi o bună alimentaţie, injecţii cu oleum camforat 10% ca desinfectant şi tonicardiac. Apoi se va face un pneumotorax artificial, frenicectomie, eventual nefrectomie, etc. După ce aceste tratamente vor aduce o ameliorare a stărei generale a bolnavului se atacă leziunile locale faringiene, amigdaliene sau linguale. Cu ce? badijonaj cu acid lactic sau paraminochlorofenil, analgezice locale, când durerile sunt prea vii (pudră de cocaină, anestezină, ortoform, percaină, morfină, etc.). In cele din urmă cauterizaţiuni cu acid lactic 50% sau galvanocauterizarea. In special aceste din urmă după o trecătoare exacerbaţie a durerii aduce o ameliorаţie de care trebue să profităm pentru a alimenta bine bolnavul. După câteva zile disfagia reapare, vom cauteriza din nou. Este contra indicată ablaţia amigdalelor ulcerate; sunt bune şedinţele de helioterapie intrabucală sau raze ultra-violete. Cu acest tratament prognosticul quo ad vitam este favorabil, dar nu putem prevedea şi înlătura pericolul unei noui generalizări a infecţiunei.

Dr. Gheorghiu Ilie.

PSIHIATRIE.

H. Baruk. *Catatonia colibacilară experimentală şi clinică. (Annales Médico-Psychologiques. T. II., Nr. 4, 1933).*

Lucrările profesorului Vincent au stabilit că *bacterium coli* secretă două toxine: o endotoxină hepatotropă termostabilă şi o exotoxină neurotropă care este termolabilă şi apare precoce în culturi. Aceste două toxine pot fi deci separate, fie prin încălzire, fie filtrând din vreme culturile, în primele cinci zile. Obţinerea unei exotoxine neurotrope active necesită însă experienţe repetate, deoarece pe deoparte această toxină se produce foarte inconstant, iar pe de altă parte are o virulenţă extrem de variabilă. Injectată pe cale intravenoasă la iepure, această toxină cauzează accidente neurologice multiple: coma, paralizii, retropulsiune şi chiar anumite paralizii evocând sindromul lui Landry. Aplicând aceste date la clinica umană, profesorul Vincent a realizat un ser anticolibacilar, pe care l-a întrebuinţat în diverse manifestări colibacilare viscerale şi în enteropatii cronice cu turburări nervoase.

Toxina neurotropă descoperită de profesorul Vincent poate determina însă şi turburări mintale. Psihozele colibaci-

lare constitue într'adevăr o achiziţie relativ recentă a nosologiei psihiatrice. De curând chiar, Baruk şi Devaux au publicat primul caz cunoscut de catatonie în legătură cu o septicemie colibacilară şi vindecat după seroterapie. Rolul etiologic al virusului colibacilar în geneza anumitor turburări psihice se reduce totuşi numai la o ipoteză bazată pe date clinice şi pe câteva rare constatări terapeutice.

H. Baruk şi-a propus să demonstreze în mod obiectiv importanţa acestei toxine neurotrope din punct de vedere al psihiatriei experimentale. In acest scop, a întrebuinţat injecţia subcutanată în loc de injecţia intravenoasă, ca să poată observa reacţiunile nervoase în toată fineţea lor şi a operat în primul rând pe o serie de mamifere (şoareci, pisici, cobai), recurgând apoi la celelalte ordine de vertebrate: păsări, reptile, batracieni, peşti. Exotoxina neurotropă care a servit la experienţe, a fost preparată dintr'o cultură atenuată de colibacili, provenind din urinile unei bolnave atinsă de confuzie mintală onirică în cursul unei pielonefrite post-puerperale. Experienţele de control făcute cu injecţii de bulion peptonat şi de toxină inactivă, au confirmat acţiunea specifică a toxinei colibacilare vii.

Baruk a putut realiza astfel pentru întâia oară, la unele mamifere, când un somn patologic caracteristic, când o catatonie experimentală impresionantă, prezentând următoarele particularităţi simptomatice: negativism activ, reacţiuni impulsive şi emotive foarte speciale, perseverarea expresiilor emotive, turburări organo-vegetative (polipnee, turburări vasculare, enoftalmie) şi o catalepsie tranzitorie, urmată de un stadiu paretic.

Prin fizionomia sa generală, catatonia experimentală colibacilară se apropie deci foarte mult de catatonia umană.

Pe când în catatonia experimentală prin bulbocapnină predomină descărcările musculare, cari produc imobilizarea animalului, în catatonia colibacilară predonă perturbările psihice, cari se observă chiar şi la vertebratele inferioare (peşti, batracieni, etc.) şi cari se arată a fi mai mult sau mai puţin în legătură cu o stare fundamentală de somn patologic, de onirism şi de eretism emotiv.

Insă în catatonia umană manifestările somnolente, onirice şi emotive se împletesc intim cu factorii spasticei musculari. Prin studiul combinat al catatoniei bulbocapnice şi al catatoniei colibacilare, pătrundem deci adânc în esenţa tuturor acestor factori psihici şi psihomotori şi putem ajunge astfel la o reproducere experimentală foarte exactă şi foarte completă a maladiei.

Rolul etiologic al toxi-infecţiunii colibacilare în geneza anumitor catatonii fiind definitiv probat, Baruk a făcut încercări de terapeutică etiologică, întrebuinţând serul anticolibacilar al lui Vincent. Rezultatele obţinute, atât în mod experimental la animale, cât şi în clinica umană, sunt încă prea rare pentru a îngădui o concluzie generală. Cercetările în acest sens trebuesc continuate.

In orice caz, prin realizarea unei catatonii experimentale colibacilare, eminentul psihiatru francez aduce un nou argument în favoarea rolului factorilor toxi-infecţioşi în producerea sindromului catatonic. **Dr. A. Dosios.**

OBSTETRICĂ.

Muret: *Des parois abdominales pendant la gestation et les suites de couches. (Gynecologie et obstetrigue T. XXVIII luillet 1933).*

In timpul graviditâţii pereţii abdominali suferă modificaţiuni importante caracterizate în general prin mărirea progresivă a suprafeţei lor în raport cu desvoltarea uterului gravid. Aceste modificări cearcă a se explica astăzi tot mai mult ca fiind rezultatul unui fenomen biologic, unei adaptaţiuni fiziologice a abdomenului faţă de sarcină şi nici de cum o distensiune pasivă şi mecanică a pereţilor, aşa cum se credea până acum. In conformi-

tate cu aceste principii M. împarte articolul său în patru capitole în care studiază succesiv:

I. — Modificaţiunile anatomice şi fiziologice a pereţilor abdominali în timpul gestaţiunii.

După măsurătorile lui Kehrer suprafaţa totală a abdomenului se măreşte către sfârşitul sarcinei cu 70%. Ea este acompaniată de fenomene ca: vergeturi ale pielei abdomenului, o lărgire mult sau mai puţin pronunţată a liniei albe, dispariţia progresivă a formelor umbilicului şi dilataţiunea orificiilor naturale. Aceste fenomene erau considerate ca fiind efectul unei distensiuni considerabile cu toate că pereţii abdominali în loc să se subţie, se măresc în suprafaţă şi devin mai groşi în timpul sarcinei, sunt turgescenţi, adeseori graşi şi moi, nu sunt întinşi, ceeace nu denotă deloc o distensiune pasivă. Vergeturile deşi microscopic par a fi o depărtare, o distensiune şi uneori chiar o ruptură a fibrelor conjuctive şi elastice a pielei, totuşi e de remarcat, că aceste vergeturi apar câteodată la începutul sarcinei când nu poate fi vorba de o distensiune a pereţilor din cauza uterului gravid, asemenea apar vergeturi noi la multipare a căror pereţi abdominali sunt destul de relaxaţi prin sarcinele precedente. In 10% din cazuri vergeturile nu se produc. Nu se constată de loc sau numai foarte rar vergeturi când pereţii abdominali sunt distinşi prin ascită sau alte tumori abdominale. Toate acestea conduc astăzi la admiterea unui factor gravidic special pentru explicarea vergeturilor la femeia însărcinată. — Sellheim explică acest fenomen prin o hiperemie, hiperplasie şi hipertrofie a pereţilor musculari ai abdomenului, cari dacă sunt prea pronunţate determină o distensiune a pielei insuficient elastică la popoarele civilizate. Kermaunner recurge la un factor endocrinian pentru a explica modificaţiunile gravidice ale pereţilor, el crede în acţiunile hormonale ale thyroidei şi hypophysei.

Distensiunea pielei este deci un fenomen local, constituţional şi individual în raport cu factorul gravidic endocrinian.

Cât priveşte celelalte fenomene de distensiune ale pereţilor abdominali Durante (1890) şi Kustner (1925) au demonstrat, că e vorba de o neoformaţie a fibrelor musculare prin diviziune longitudinală cu hiperplasie, iar Sellheim explică problema biologică a desvoltărei pereţilor abdominali în cursul graviditâţei prin o expansiune activă şi o creştere progresivă a muşchilor abdominali în special m. drepţi.

In concluzie pereţii abdominali participă activ la fenomenele gravidice şi iau parte la procesul biologic destinat a prepara naşterea. Aceste fenomene par a depinde de anumite glande endocrine începând cu corpul galben de sarcină, placenta, hormonii thyroidei şi hypophysei, chiar capsulele suprarenale, cari toate sunt mărite în timpul sarcinei, regresând după naştere.

II. — Patologia pereţilor abdominali în timpul gestaţiunei.

Modificaţiunile anatomice şi physiologice a pereţilor abdominali în timpul sarcinei pot să fie insuficiente sau exagerate. In primul caz dau loc la fenomene patologice caracterizate prin o distensiune excesivă asemănătoare cu distensiunea provocată de tumorile abdominale. Este uneori destul de greu a face deosebirea între patologic şi normal. La aceste fenomene de distensiune patologică, afară de lipsa de adaptare fiziologică şi de elasticitatea pereţilor, mai iau parte şi alţi factori ca: o cavitate abdominală prea mică la femeile mici, o strâmtare pronunţată a basinului, vârsta femeilor însărcinate prima dată a căror reacţiune gravidică ar fi mai mică cu cât sunt mai în vârstă.

III. — Pereţii abdominali după naştere sufer o involuţiune lentă şi progresivă neajungând însă niciodată la starea anterioară naşterei. Această involuţiune este o readaptare fiziologică la noua stare şi

nu revenirea la loc a unui corp elastic distins.

Involuţiunea puerperală fiziologică a pereţilor abdominali trebue susţinută şi uşurată prin aplicarea în primele zile ale naşterei unei centuri abdominale strânse şi prin exerciţii de gimnastică a muşchilor abdominali începând dela a 7-a zi. Centura susţine pereţii încă prea slabi şi împedecă distensiunea lor prin meteorism intestinal, iar gimnastica prin provocarea de contracţiuni şi relaxări alternative ale muşchilor favorizează întoarcerea lor la starea normală.

IV. — Patologia pereţilor abdominali după naştere.

Sub involuţia, când muşchii rămân hipertrofiaţi şi degenerează dând naştere la o atonie mult sau mai puţin pronunţată. Superinvoluţia, când fenomenele de regresiune iau înaintea celor de reparaţiune, conduce la o atrofie a peretului musculoaponevrotic, iar consecutiv chiar o eventraţie cu toate simptomele ei.

Se citează apoi hernia ombilicală, herniile inghinale şi crurale, cari desvoltate în cursul sarcinei persistă de cele mai multe ori şi după, mai ales dacă parturienta îşi reia prea de timpuriu ocupaţia zilnică, expunându-se astfel la eforturi repetate şi uneori violente.

Raymond Mahon: *Comment éviter les suppurations de la paroi abdominale apres cezarienne basse: la paroi en un plan. (Gynecologie et obstetrique T. XXVIII, Decembrie 1933.*

Intr'un articol de şease pagini M. recomandă călduros sutura pereţilor abdominali într'un singur plan pentru a preveni supuraţiunea în cazuri de cesariană joasă.

Se bazează pe o statistică personală de 25 cazuri în cari practicând sutura, într'un plan nu a înregistrat nici o supuraţiune a pereţilor abdominali în comparaţie cu alte statistici după cari supuraţiunea pereţilor în cazuri de cesariană joasă variază 3,5% (Phaneuf) şi 25% (Anderodias).

Se va practica sutura într'un plan: când avem infecţiune amniotică, când ruptura membranelor durează de mai multe ore şi când s'au făcut examene interne asupra asepsiei cărora nu avem destulă siguranţă. **Dr. C. Pascu.**

HIGIENĂ.

Societatea Naţiunilor.

Raport epidemiologic al Secţiei de Higienă. Februarie 1934. **Geneva.**

I. Meningita cerebro-spinală în 1932—33.

Africa. Mai accentuată în *Egiptul de Jos*, începe în Noemvrie 1931, atinge maximum de intensitate în Martie 1932 (1000 cazuri şi 500 decese în 15 zile) — căzând bruse în Aprilie 1932, pentru a reveni mai puţin intens în iarna 1932—33. De remarcat că letalitatea cazurilor a crescut pe măsură ce epidemia scădea ca intensitate de cazuri. — In *Sudanul Anglo-Egiptean*, epidemia, din acelaş timp, a fost mult mai uşoară.

In *America* scade dela 10.000 în 1929, până la 3000 în 1932 şi 1933. A persistat numai în statele din Nord-Centru, unde a atins 10—16 cazuri la 100.000 *(Indiana şi Nevada).*

In *Asia* sub formă de pandemie, a bântuit mai mult în porturile chineze *Hong-Kong* şi *Macao*, — în timp ce în *Malaesia* şi *India Britanică* este mult mai rară, cazuri sporadice, cu excepţia *Calcutei* (şi câmpia Gangelui) *Bengalului* şi *Birmaniei.*

In *Turcia*, epidemia creşte dela 40 cazuri în 1928, la 900 în 1932, pentru a cădea în 1933 în urma unei intense campanii antimeningococcice pe 74.000 persoane. Se înregistrează totuşi 4 cazuri la vaccinaţi.

In *Japonia*, epidemia de meningită prezintă, în afară de maximum sezonier din din Martie—Aprilie, o revenire intensă în August, — pe când în celelalte ţări ale emisferului Nord, maximum sezonier este Primăvara şi minimum în toamnă.

Intâlnită des alături de epidemia de encefalită — se suspectează o confuzie între aceste două maladii, atunci când lipsesc examenele bacteriologice.

Jimura a examinat lichidul cefalo-rachidian la 468 cazuri, între 1926—1928, pentru meningococ, cu 70% rezultate pozitive.

In *Europa*, morbiditatea cea mai ridicată o înregistrează *Marea Britanie*, în uşoară descreştere, — 5,3 pentru 100.000 locuitori în 1932 şi 4,2 în 1933, — desi este în creştere în Ţara Galilor.

Dupe Sturdee şi Scott, epidemia ar fi datorită meningococcului I, 726 cazuri, — iar cazurile endemo-sporadice, meningococcului II, 167, — (din 893 cazuri examinate între Ian. 1931—Martie 1933).

Pe Continent, morbiditatea este mult mai mică — (0,8—0,9 la 100.000 în Germania) — şi în descreştere.

Encefalita letargică, 1932—1933.

In afară de epidemia din 1933 în Statele Unite, această boală, apărută în timpul războiului, arată o scădere a virulenţei.

Autorii japonezi susţin existenţa a două tipuri diferite de encefalită epidemică: *un tip A*, descris de europeni (Cruchet, D. Economo) cu maximum sezonier în Februarie—Martie şi *un tip B*, observat în Japonia şi Statele Unite (St. Louis şi Missouri) cu maximum sezonier în August—Septemvrie, asemănându-se mult cu poliomielita acută. Acest tip B, este precedat de călduri mari şi secetă excepţională.

Repartiţia cazurilor şi a deceselor dupe vârsta bolnavilor, — arată analogii între epidemiile missouriene şi japoneze, mult deosebite faţă de encefalita europeană.

In Europa şi chiar în Statele Unite, până în 1933, morbiditatea este mai mare la copii (începând dela 5 ani) descrescând treptat la adulţi şi bătrâni, — pe când mortalitatea este inversă, mai mare la bătrâni şi adulţi, mai mică la copii.

In Statele Unite şi Japonia, tabloul este schimbat: morbiditatea este întâlnită mai mult la oameni în etate, mai puţin la copii, — iar mortalitatea creşte cu vârsta, arătând o benignitate a infecţiei la copii.

Poliomyelita în 1932—1933.

Câteva date asupra principalelor focare epidemice manifestate în ultimii doi ani:

In *Europa*, ţara cea mai bântuită a fost *Germania*. Morbiditatea a crescut dela 1,6 pentru 100.000 în 1928, la 5,77 în 1932, pentru a recădea la 1,9 în 1933.

Maximum sezonier, obişnuit, a fost în Septemvrie şi minimum în Februarie—Aprilie.

Letalitatea aparentă a căzut dela 15% în 1929 la 8,4% în 1932 (deşi acest an a avut morbiditatea cea mai pronunţată), datorită, probabil, creşterei proporţiei cazurilor benigne.

In *Anglia*, morbiditatea a fost de 1,8 în 1932 şi 1,9 în 1833.

In *Belgia*, 2,8 în 1932 şi 1,6 în 1933.

In *Danemarca*, creşte dela 2,0 în 1932, la 9,9 în 1933, în urma epidemiei accentuate din Iulie, atingând într'o proporţie mai mare cercurile rurale decât cele urbane.

In *Suedia*, *Ceho-Slovacia* şi *Ungaria*, s'a înregistrat o uşoară scădere în 1933, dupe un puseu intens în 1932. In schimb, la Segedin, morbiditatea s'a urcat până la 111.

In *America*, *Statele-Unite* şi *Canada*, înregistrează, de asemeni, însemnate ameliorări în 1932 şi 1933, afară de mici excepţii în câteva mici regiuni.

In *Insulele Barbade*, se semnalează o epidemie în Mai 1933 cu o morbiditate de 35 p. 100.000.

In *Australia* şi *Noua Zelandă*, epidemia urmează acelaşi curs ascendent până în 1932, atingând o morbiditate de 10 p. 100.000, pentru a începe să scadă în 1933.

* * *

In restul Revistei, urmează:

bogate tablouri statistice pentru anul 1933 asupra cazurilor şi deceselor în diferite boli contagioase declarate în ţările cari trimet rapoarte oficiale,

statistici demografice ale marilor oraşe şi anumite ţări,

cauze de decese în marile oraşe, şi un tablou cu populaţia ţărilor ale căror statistici sunt publicate în acest raport.

Dr. A. Popescu.

NOTE DE TERAPEUTICĂ.

Regimul alimentar în bolile de stomac. E incontestabil, că tratamentul cel mai indicat pentru vindecarea bolilor de stomac, e regimul alimentar. Aceste maladii cari sunt în general de lungă durată cer multă răbdare din partea bolnavilor pentru observarea regimului atât de necesar redobândirei sănătăţii lor. E ştiut, că un regim prea exclusiv poate produce turburări generale de nutriţie, deoarece o alimentaţie uniformă nu poate da corpului toate elementele necesare unei bune funcţionări. E dar în interesul bunei stări generale a bolnavului să i se dea posibilitatea observărei unui regim strict, dar variat şi această posibilitate este oferită numai de numeroasele sorturi de făinuri dietetice KNORR.

In timpul regimului trebuesc evitate mâncăruri cu sos, cartofi prăjiţi, cărnuri grase sau brânzeturi fermentate şi grase, lapte resmântânit şi ouă. Untul proaspăt e permis ca adaus la alimentele de regim prescrise. Pâinea să nu fie proaspătă, ci veche sau de preferinţă prăjită ori înlocuită cu pesmeţi şi biscuiţi uscaţi. Se pot consuma salate de sezon şi fructe verzi.

Alcoolul, cel mai dăunător duşman al organismului, trebue evitat şi înlocuit cu ceai de tei, muşăţel sau de mentă, băut numai după masă. De obicei, laptele e uşor de suportat; sunt însă cazuri, când bolnavul simte că nu-i face bine. In aceste cazuri se va da laptele sub formă de lapte cu Griş, Tapioca şi Sago KNORR sau făinuri KNORR, amestecate în pure-uri, budinci, etc.

Făinurile KNORR au o mare importanţă mai ales pentru bolnavii, cari sufăr de colici intestinale. Ele sunt indispensabile regimului pentru combaterea afecţiunilor stomacale.

Bolnavii de stomac vor avea cea mai variată alimentaţie numai cu produsele dietetice KNORR, recomandate de somităţile medicale în tratamentul: Bolilor de stomac, ficat, rinichi, Diabet, Dispepsii, nefrite, plămâni, inimă, anemii generale, tuberculoză şi reconvalescenţă.

Incercaţi: Cacao—făina—fulgii şi grişul de ovăs KNORR. Tapioca—Sago—făină de orez—cartofi—porumb KNORR.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

I. Şedinţa Colegiului Medical Sibiu.

In ziua de 4 Aprilie 1934 s'a ţinut în amfiteatrul Institutului de Ginecologie şi Obstetrică a doua şedinţă din anul curent a Colegiului Medical Sibiu, sub preşedinţia d-lui inspector general sanitar Dr. I. Stoichiţia. Deschizând şedinţa, dl preşedinte dă citire actelor mai importante sosite dela ultima şedinţă. Apoi aduce la cunoştinţa colegiului iniţiativa ce-a luat-o de a înfiinţa o societate de salvare în oraşul nostru. In acest scop propune formarea unui comitet în fruntea căruia să fie rugat să figureze I. P. S. S. Mitropolitul Bălan şi cere tot concursul medicilor, anunţând că a făcut intervenţii la M. S. O. S. şi la autorităţile locale pentru sprijin material.

Se aprobă în unanimitate.

După aceea dl Inspector general sanitar Dr. Gh. Preda, director superior al spitalului de boale mintale, specialist reputat, spirit multilateral, om de ştiinţă şi om de acţiune, a ţinut o interesantă conferinţă despre Meloterapia, *adică despre* muzica vocală şi instrumentală ca ştiinţă psihofiziologică şi psihoterapeutică.

Influenţa efectivă şi diversă a muzicei atât asupra stării sufleteşti normale cât şi acelei bolnave, este un fapt universal omenesc, constatabil în toate timpurile şi sub toate latitudinile. După un sugestiv istoric al acestei influenţe, conferenţiarul a analizat efectul variat produs de diferitele genuri de muzică, demonstrând superioritatea psihoterapeutică a muzicei clasice, şi a comunicat rezultatele favorabile obţinute prin şedinţe de muzică radiofonică asupra unui număr de 94 de pacienţi din spitalul de sub conducerea D-sale.

Dr. Gh. Preda
Inspector General Sanitar
Director Superior al Spitalului de boale mintale.

Prin originalitatea subiectului, prin căldura expunerii, bazată pe o documentaţie bogată, trădând o întinsă cultură generală, conferinţa a fost urmărită cu o deosebită atenţie de medicii prezenţi, transportaţi, cel puţin pentru o oră, în afară de cadrul strâmt al specialităţii.

Această conferinţă va fi publicată in extenso *în numărul viitor al revistei.*

Dr. A. Dosios.

* * *

„Societatea română de Psihiatrie, Neurologie, Endocrinologie şi Psihologie", filiala Sibiu, ţine de mai mulţi

ani, în mod regulat, şedinţe săptămânale la spitalul de boale mintale, unde se întrunesc atât corpul medical al spitalului, cât şi invitaţi din oraş (psihiatri, neurologi şi profesori de filozofie) şi se recenzează şi se discută cele mai recente şi mai importante publicaţii ştiinţifice de specialitate sau de interes general.

Activitatea filialei în cursul lunei trecute a fost următoarea:

1 Martie. — Dr. Dosios: *Reacţia lui Zondek şi alte recente metode de laborator aplicabile în psihiatrie. (Conferinţă).*
Prof. Bologa: *„L'âme de la femme", de Gina Lombroso.*

8 Martie. — Prof. Bologa: *„Zeitschrift für pädagogische Psychologie und Jugendkunde".*
Dr. Dosios: *„Annales médico-psychologiques" (Decemvrie 1933) şi „Spitalul" (Ianuarie 1934).*

15 Martie. — Dr. Vater: *Ideile lui Jung asupra rolului inconştientului în alegerea tovarăşului de viaţă.*

22 Martie. — Dr. Dosios: *„România medicală" (15 Martie 1934) şi „Annales médico - psychologiques" Ianuarie 1934).*
Sublocot. Pajură: *Rezultatele obţinute prin aplicarea testelor de inteligenţă în armată.*

29 Martie. — Dl Insp. Dr. Preda: *„Annales médico-psychologiques" (Februarie 1934).*

II Conferinţe.

In 11 Martie a avut loc în sala festivă a Prefecturii de judeţ conferinţa d-lui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia *cu subiectul:* Probleme actuale de sănătate publică. *Conferinţa s'a ţinut în cadrul ciclului organizat de gruparea „Acţiunea Românească" pentru strângerea fondului necesar ridicării unui monument pentru mitropolitul Andrei baron de Şaguna.*

In 8 Martie, *la Căminul C. F. R., a conferenţiat dl* Dr. I. Cosma, *medicul primar al judeţului despre:* „Efectele soarelui asupra sănătăţii".

III. Activitatea medico-socială.

In ziua de 4 Martie 1934 *s'a făcut o minuţioasă* anchetă medico-socială *în comuna* Aciliu, *examinându-se din punct de vedere medical întreaga populaţie a comunei, vizitându-se toate gospodăriile din comună şi completându-se câte o fişe sanitară individuală pentru fiecare locuitor examinat.*

Pregătirea terenului în vederea anchetei medico-sanitare s'a făcut de către dl Dr. I. Cosma, *medicul primar al judeţului Sibiu şi dl* Dr. M. Lupaş, *medicul circumscripţiei sanitare Sălişte, având concursul primăriei comunale şi a intelectualilor din comună.*

Echipa de medici şi personal sanitar auxiliar, a lucrat sub conducerea d-lui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia *şi a avut următoarea compoziţie:*

Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. I. Sturza, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. V. Roth, Dr. C. Pascu, Dr. I. Bucur, Dr. M. Kotschik, Dr. N. Hozan, Dr. O. Tutelea, Dr. Roşca, Dr. Teleman, Dr. Krauss, Dr. Dosios, Dr. Stupariu, Dr. Banu, Dr. Lupaş, Dr. Dădârlat, Dr. Arz şi Dr. Olariu.

Farmacist: Victor Pop

Surori de ocrotire: M. Manta, Buzea, Simonis.

Moaşe: M. Hager.

Laborant: A. Duna.

Din cei 1151 locuitori ai comunei, au fost examinaţi în total 1057 locuitori, adecă 91,9% din întreaga populaţie a comunei.

Au fost cercetate 251 gospodării.

In afară de aceasta s'au dat următoarele consultaţiuni de către medici specialişti:

Boli interne 53.
Ginecologice 21.
Chirurgicale 4.
Oftalmologice 37.
Nervoase şi mintale 9.
Dermato-venerice 25.
Otorinolaringologice 44.
Extracţii dentare 146.
Reacţii Wassermann 37.
Medicamente au primit 254 persoane.

* * *

In ziua de 18 Martie 1934, *s'a făcut* anchetă medico-sanitară *în comuna* Mag, *unde terenul a fost pregătit prin d-nii* Dr. I. Cosma *şi* Dr. I Olariu, *având concursul primăriei comunale şi corpului didactic din comună.*

Echipa de medici şi personal sanitar auxiliar, a lucrat sub conducerea domnului Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia, *având următoarea compoziţie:*

Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Gheorghiu I., Dr. F. Vilt, Dr. C. Pascu, Dr. Marer, Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Bucur, Dr. Lungu C., Dr. Kenst F., Dr. Dosios At., Dr. Neumann W., Dr. Stanciu, Dr. Kotschik M., Dr. Lupaş şi Dr. Olariu.

Surori de ocrotire: M. Manta, V. Buzea, I. Simonis, V. Manta şi M. Roşca.

Farmacist Victor Pop.

Laborant A. Duna şi I. Guţă.

Echipa pe medici a vizitat toate gospodăriile din comună în număr de 173 şi a examinat, din punct de vedere medical, din totalul de 751 locuitori, un număr de 641 locuitori, adecă 85,8% din întreaga populaţie a comunei, completându-se pentru fiecare câte o fişe sanitară individuală.

Medicii specialişti au dat următoatoarele consultaţiuni:

Boli interne 30.
Chirurgicale 4.
Dermato-venerice 11.
Ginecologice 20.
Oftalmologice 16.
Otorinolaringologice 29.
Extracţii dentare 46.
Reacţii Wasserman 27.
Au primit medicamente 246 locuitori.

* * *

In ziua de 25 Martie 1934, *s'a făcut* anchetă medico-sanitară *în comuna* Rusciori.

Terenul fiind pregătit în acest scop de către dl Dr. I. Cosma, *medic primar*

al județului și medicul circumscripției Dr. Löwy I., *fiind ajutați de către primăria comunală și intelectualii din comună.*

Echipa de medici și personal sanitar auxiliar, a lucrat sub conducerea d-lui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichița, *având următoarea compoziție:*

Dr. I. Stoichița, Dr. I. Cosma, Dr. V. Weindel, Dr. L. Ionașiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. N. Nicolaide, Dr. I. Gheorghiu, Dr. Mavru, Dr. Gâdei, Dr. Teutsch, Dr. Lungu, Dr. Kotschik, Dr. Ivan, Dr. Kenst, Dr. Bucur, Dr. Modran, Dr. Olariu, Dr. Löwy.

Surori de ocrotire: M. Manta, V. Buzea, I. Simonis și Topolog Elena.

Farmacist Victor Pop; Laborant A. Duna.

Echipa de medici a vizitat toate gospodăriile din comună în număr de 202 si a examinat din punct de vedere medical, din cei 795 locuitori ai comunei, pe 709, adecă 89,2% din întreaga populație a comunei, completându-se pentru fiecare în parte câte o fișe sanitară individuală.

Medicii specialiști au dat următoarele consultațiuni:

Boli interne 40.
Dermato-venerice 5.
Boli nervoase și mintale 5.
Otorinolaringologice 14.
Ginecologice 21.
Oftalmologice 20.
Extracții dentare 20.
Reacții Wasserman 16.
Au primit medicamente 202 locuitori.

is.

Note și informațiuni.

Sărbătorirea dlui Prof I. Iacobovici la Cluj. In ziua de 24 Martie 1934 a avut loc la clinica chirurgicală din Cluj în cadrul unei ședințe solemne, sărbătorirea dlui Prof. I. Iacobovici. Dl Prof. I. Iacobovici a părăsit Universitatea din Cluj luând locul regretatului prof. Juvara dela Facultatea de Medicină din București. Despărțirea D-Sale de colegi, de prieteni, de colaboratori și de elevi, a avut loc în ședința deosebit de impresionantă din 24 Martie.

Rectorul Universității, Decanul Facultății de medicină, autorități ale corpului profesoral, precum și cei mai distinși elevi ai maestrului, au rostit cu acest prilej simțite cuvinte de omagiere. Ele depășesc ca spontaneitate și convingere nota convențională a cuvintelor de sărbătoare și sintetizează luminos opera și personalitatea aceluia care a întemeiat cu zel neîntrecut și cu abnegație pilduitoare „școala chirurgicală din Ardeal".

Prof. I. Iacobovici cel mai strălucit elev al maestrului Toma Ionescu, a luat conducerea clinicei chirurgicale a Universității din Cluj, tocmai în vremea de după război, când organizarea serioasă și temeinică a acestui suprem așezământ de cultură în Ardeal, era o acută chestiune de prestigiu național și o imperioasă problemă de organizare didactică. Intre profesorii de atunci ai Universității prof. Iacobovici era distins prin nestăpânita sa dorință de înfăptuire.

Din război s'a întors cu viziunea unei țări înfloritoare și puternice, și s'a pus în mod nemijlocit la dispoziția țării cu tot ce mintea lui a adunat și cu tot ce firea l-a înzestrat cu dărnicie largă. Cu scrupul de perfecțiune a conceptului științific, care se îmbină armonic cu talentul artistului chirurg, și cu o severă disciplină morală, o însuflețire didactică prodigioasă și o nebănuită putere de muncă, aceste calități ale conducătorului au făcut să ia ființă școala chirurgicală dela Universitatea din Cluj al cărui nume, conducătorul ei, a știut să-l treacă peste hotare. Generațiile de studenți cari i-au trecut pe subt mână, au câștigat dela prof. Iacobovici alături de cele mai rodnice cunoștințe și o disciplină morală a practicei medicale.

Timp de 14 ani sufletul și mintea lui s'au risipit, zi de zi, bolnavilor, studenților, cercetărilor științifice, și numai prin stăruința lui s'a format pleiada de chirurgi români din Ardeal, cari spre mulțumirea lui sunt o cinste a chirurgiei române.

Chipul său de o expresie energică a rămas în bronz la clinica ce a servit. Mai mult decât un omagiu, și mai mult decât răsplata unor osteneli grele, prof. Iacobovici, a voit să vadă în chipul de bronz chezășia că școala chirurgicală din Cluj va urma pe drumul deschis de D-Sa

cu devotament și elan științific. „Simbolurile care le-ați așezat aici nu au decât acest înțeles. Nu este vorba de a glorifica un om, ci de a fixa într'un chip durabil un principiu".

Acesta este omul pe care nu-l vor uita generațiile de medici din Ardeal și nici Universitatea din Cluj. *ci*

Comisia regională disciplinară Sibiu *In conformitate cu art. 250 din legea sanitară și de ocrotire, s'au făcut, pentru anul 1934, următoarele numiri de membri titulari și supleanți, în comisiunea de disciplină de pe lângă Inspectoratul General Sanitar și de Ocrotire al Regiunii Sibiu.*

Dl Dr. Preda Gheorghe, inspector general sanitar, medic primar director superior al Spitalului de boli mintale din Sibiu, membru titular și dl Dr. Sturza Ioan, medicul șef al Serviciului sanitar al Municipiului Sibiu, membru supleant, desemnați de Asociația generală a medicilor din România.

Dl Dr. Ionașiu Liviu, medic primar director la Spitalul de boli mintale din Sibiu, membru titular și dl Dr. Nicolae Dumitru, medicul circ. Tălmaciu, jud. Sibiu, supleant, delegați de Ministerul Muncii Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Dl farmacist H. Herzberg, Sibiu, membru titular și dl farmacist Victor Popp, Sibiu, membru supleant, desemnați de Asociația generală a farmaciștilor din România.

Dl droguist I. Baciu, Sibiu, membru titular și dl droguist M. Kamner membru supleant, desemnați de Asociația generală a droghiștilor din România.

Dl Balea Dionisie, dela serviciul sanitar al Municipiului Sibiu, membru titular și dl Aurel Godan dela Arpașul de jos, Făgăraș, membru supleant, desemnați de Asociația generală a personalului sanitar auxiliar titrat din țară.

Prof. Dr. Daniel la Academia de medicină din Paris. *Dl prof. Daniel, directorul clinicei de gynecologie dela Spitalul Colțea, a fost ales în ședința din 20 Februarie a. c. membru corespondent al Academiei de medicină din Paris.*

Asociația română contra cancerului. *Noua Asociație de sub președinția dlui prof. Daniel, a fost recunoscută de Tribunalul de Ilfov, ca persoană juridică.*

Noul comitet al Societății de chirurgie. *Societatea de chirurgie din București și-a ales următorul comitet pentru anul 1934, Președinte:* Agregat Ion Jianu, *vice-președinți:* Dnii prof. Iacobovici și P. Topa, *secr. gen.:* Doc S. Popescu, *casier:* Dr. P. Costescu, *bibliotecar:* Făgărășeanu, *sec. de șed.:* D. Dumitrescu, D. Teodorescu Firică și Vlădescu.

Cercul de studii genito urinare. *Vechiul cerc de studii genito urinare fondat de prof. Herescu în 1909 la imboldul dlui prof. Hortolomei, titularul catedrei de urologie, şi-a reluat independenţa constituindu-se sub forma unei* soc. de urologie, *având următorul comitet: preşedinte* Prof. Hortolomei, *vice-preşedinţi:* Prof. Ţeposu şi Agregat Cristian Eugen, *secr. gen.:* Doc. Popescu-Buzău, *secr. de seă.:* N. N. Constantinescu şi Th. Burghele, *casier:* V. Vintici, *bibliotecar:* M. Constantinescu. *Comisia de cenzori:* Agregat Gh. Marinescu, Doc. Strominger, Doc. Anghel, *cenzori supleanţi:* P. Constantinescu, Mihalovici şi Katz. *Sediul societăţii va fi la Asociaţia medicilor.*

Alcătuirea Comisiunii pentru higiena muncii. *S'a format o comisiune din Dnii:* Prof. Iacobovici, Parhon, Danielopol, E. Gheorghiu, Burileanu, Mitrea, Nasta, *care are rolul să studieze diversele probleme în legătură cu higiena muncii.*

Primul congres naţional de radiologie şi electrologie medicală. *In zilele de 8, 9, 10 Nov. 1934 se va ţinea la Bucureşti sub preşedinţia dlui Agregat Severeanu primul congres naţional de radiologie şi electrologie medicală, la care se vor discuta următoarele chestiuni: I. Colecystografia, II. Roentgendiagnosticul tuberculozei intratoracice la copii, III. Radioterapia în cancerul sânului şi IV. Actinoterapia în erisipel.*

Inscrierile pentru participare şi comunicări se primesc de pe acum de secr. gen. al congresului dl Dr. G. N. Giurea str. Ştirbei-Vodă No. 108 bis Bucureşti.

Conferinţa uniunii internaţionale în contra tuberculozei. *In zilele de 4, 5, 6, Sept. 1934 se va ţinea la Varşovia conferinţa Uniunei internaţionale în contra tuberculozei. In ordinea de zi a acestei conferinţe vor figura următoarele probleme: 1.* Variaţiile biologice ale virusului tuberculos. *2.* Formele medicale şi chirurgicale ale tuberculozelor osoase şi articulare şi tratamentul lor. *3.* Utilizarea dispensarelor pentru tratamentul tuberculoşilor.

Programe detailate precum şi formulare de înscriere se pot obţine dela dl Dr. M. Nasta „Institutul de seruri şi vaccinuri". Bucureşti Splaiul Independenţei 103.

Examen de clasificare pentru medici primari chirurgi. *In conformitate cu decizia ministerială Nr. 138.539 apărută în Monitorul Oficial Nr. 76 din 30 Martie 1934, partea II-a, se va ţinea în ziua de Luni 14 Mai 1934, ora 9 în Bucureşti, la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din Calea Gviviţei Nr. 64—66 examenul de clasificare pentru medici primari specialitatea chirurgie generală.*

Au dreptul să se prezinte la acest examen toți cei cari îndeplinesc condițiunile prevăzute de art. 196, 199 și 552 din Legea sanitară modificată.

Examenul de clasificare se va ține în conformitate cu art. 200 din suszisa lege.

Cererile de înscriere la examen, împreună cu taxa de 2000 lei, se vor înainta Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale din București, în termen de 30 zile dela data apariției prezentei publicațiuni în Monitorul Oficial.

Candidații admiși pentru examenul ce urma să înceapă la 15 Octomvrie 1933 la Iași rămân de drept înscriși la acest examen.

Posturi vacante de medici. Câte un post de medic de circ. urbană la serviciile sanitare ale Municipiilor Ploești, Sibiu și Cernăuți.

Un post de medic de circ. rurală la serv. sanit. al jud. Ismail.

Un post de medic primar director la Spitalul din Mediaș.

Câte un post de medic primar de spital la Spitalele Mociu-Cluj și Movila-Ploești.

Câte un post de medic de spital la Spitalele Bălcești-Vâlcea și Chilia-Nouă, jud. Ismail.

Câte un post de medic secundar la Spitalul din Tulcea și Spitalul Dr. Crețulescu din C.-Lung (Muscel).

Câte un post de medic auxiliar la Centrele pentru ocrotirea copiilor din Chisinău și Cluj precum și la Spitalul de izolare Iași și la Spitalul din Zalău.

Câte un post de medic intern la Spitalul Central I. O. V. și Sanatoriul „Clunet", com. Bucium, jud. Iași.

Posturi vacante de Personal tehnic sanitar auxiliar și de ocrotire. Un post de oficiant sanitar cl. II. la Centrul pentru ocrotirea copiilor din Chișinău.

Câte un post de infirmieră cl. I. la Sanatoriul Maritim Mangalia și la Spitalul „Regele Carol II-lea din Cernăuți.

Câte un post de infirmieră la Spitalul Slatina (Olt) și Parincea (Bacău).

Un post de infirmier cl. I. la Sanatoriul Tg.-Cărbunești (jud. Gorj).

Un post de oficiant la Spitalul din Piatra-Neamț.

Un post de oficiant sanitar la Spitalul Valea-Rea (jud. Bacău).

Un post de infirmier cl. I. la Sanatoriul T. B. C. Greci (jud. Olt).

Un post de infirmier la Spitalul de boli mintale București.

Câte un post de agent sanitar la orașele Fălticeni, Ostrov (jud. Durostor) și Băilești (jud. Dolj).

Câte un post de agent sanitar la serviciile sanitare ale județelor: Argeș, Cernăuți, Dolj, Gorj, Olt, Putna, Roman, Tulcea și Vâlcea.

Câte un post de moaşe la serviciile sanitare ale judeţelor: Arad, Buzău, Câmpu-Lung, Cetatea-Albă, Ialomiţa, Muscel, Olt, Putna, R.-Sărat şi Vlaşca.

Un post de moaşe la serv. sanitar al com. Iabloveni (jud. Lăpuşna).

Un post de moaşe la serv. sanitar al oraşului Focşani.

Un post de moaşe la Spitalul Hotin.

Câte un post de oficiant sanitar la serviciile sanitare: Cernăuţi, Iaşi, Muscel şi Vâlcea.

Locuri vacante de concesiuni de farmacii rurale. *Jud. Alba: com. Ponor şi Bucium.*

Jud. Făgăraş: com. Porumbacu de jos şi Vaida Recea.

Jud. Târnava-Mare: com. Hendorf, Metişul, Archita, Laslea şi Jibert.

Jud. Trei-Scaune: com. Aita-Seacă.

Jud. Cluj: com. Săvădisla şi Mănăstireni.

POŞTA REDACŢIEI.

La numărul prezent al revistei s'au ataşat mandate de plată tipărite. Rugăm pe toţi prietenii şi cititorii noştri să complecteze aceste mandate şi să trimită prin poştă abonamentul la revistă. Numărul viitor al Revistei se va expedia numai acelora cari au achitat abonamentul. — „Sibiul medical" este cea mai ieftină dintre revistele medicale şi ne având nici un fel de subvenţie, este avizată la abonamente, aproape singura sursă de existenţă materială.

REDACŢIA.

Gouttes **NICAN**

Tuse

Spasmodice, Convulsivă, Gripa, Tuberculosa

Tratamentul Insomniei prin

SOMNOTHYRIL

(1—3 pilule pe zi)

Laboratoires CANTIN a Palaiseau (France)

CEREOSSINE

(os proaspăt total)

Simple, Iradiate, Decalcificare, Creştere, Convalescenţă, Tuberculosă, Fracturi

ENTEROBYL

Drenaj Biliar

Antiseptie Biliară şi Intestinală

Desensibilisator

Laboratoires DEHAUSSY a Lille (France)

RHESAL

(Ether M. Salicilic a glicerinei)

Anti REUMATISMAL

Anti NEVRALGIC

LUMBAGOSCIATICA-TORTICOLIS

NOPIRINE

(Tablete)

Anti reumatismal

ANALGESIC / ANTIPIRETIC

DIMETOL

(Granule)

ARTRITISM, GUTA, REUMATISM

SPECIFIC AL DIATHESEI ARTRITICE

Laboratoires VICARIO Paris

Reprezentanţi şi depozitari pentru România:

„AGENCE ROUMAINE FRANCAISE"

Bucureşti, 37 Sft. Apostoli.

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (înapoi în curte)

Furnizăm:

Toate lucrările de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Anul I. No. 4. 10 Lei Exemplarul. 15 Mai 1934.

Sibiul medical

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNEA Sibiu

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichița I.
Secretari de redacție:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comșa, I. Cosma, G. Ghițescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuș, L. Ionașiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roșca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacția: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administrația: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole științifice:

Dr. M. Zolog: Sănătatea elevilor școlari . . . . . Pag. 187
Dr. G. Preda: Muzica vocală și instrumentală ca știință psichofiziologică și psihoterapeutică (meloterapia) . . „ 196
Docent Dr. Filipescu: Pseudoartrosele oaselor lungi și tratamentul lor . . . . . „ 204
Dr. Stanciu Stroia: Peritonita pneumococică . . . . . „ 210
Dr. Flaviu Vilt: Intoxicațiuni după salvarsan și contra indicațiuni . . . . . „ 215

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichița: Legea pentru înființarea Ligii Naționale în contra tuberculozei . . . Pag. 218
Dr. I. Cosma: Plasa sanitară „ 222
Dr. Octavian Oprean: Activitatea Casei de Ocrotire din Doștat, jud. Sibiu în cursul anului 1933 . . . . . Pag. 230
Dr. I. Sturza și Dr. I. Cosma: Mișcarea populației în județul și Municipiul Sibiu în luna Martie 1934 . . . . „ 235

Probleme de ocrotire:

M. Manta: Din activitatea surorilor de ocrotire din județul Sibiu . . . . . Pag. 239
Revista cărților . . . . . „ 243
Revista revistelor . . . . „ 244
Vizita dlui Ministru al Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale la Sibiu, Sebeș-Alba și Alba-Iulia . . . . . „ 246
Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 249
Note și informațiuni . . . „ 251

Sanatorul Dr. Ittu
Informațiuni, prospecte și birou de primire
Sibiu, Str. Regina Maria 36
Telefon 280.

Institut dietetic, fizioterapeutic, familiar, cu confort și instalațiuni moderne. In camere apă rece și caldă curgătoare, încălzire centrală, apaduct dela munte, canalizare, lumină electrică, parc, plaje cu duș în plin soare etc. Hidroterapie completă cu cele mai diferite dușuri și putini. Băi medicamentoasă, băi în spumă și sub spumă. Băi acido carb, normale și sub spumă. Băi oxygen și Kneipp. Băi perle de aer liber sau sub spumă. Masajuri normale, masaj aqual și subaqual. Injecții, Electroterapie, Raze Röntgen, Raze ultraviolete Quarz, Solux, Raze infraroșii, ultraroșii, albastre, violete. Dușuri de aer cald și rece. Diferite termofoare. Cabinet special pentru inhalații și pulverizații. Microscopie și analise medicale. Sanatorul e lângă marele parc „Sub arini" în o admirabilă poziție, la 442 m. altitudine, în legătură cu centrul orașului și pădure cu tramvai electric iar cu băile Ocna-Sibiu la oră. E întreg anul deschis. Se primesc convalescenți surmenați, anemici, nervoși, hipertensivi, cardiaci, diabetici, artritici, tabetici, lumbago, ischiaș reumatism și diferite debilități, boale de stomac etc. Se face cură de îngrășare și de slăbire prin dietă, masaj și prin băi speciale, cură de refacere după operații grele, cură pentru Basedow. Pentru damblagii, depresiuni, oboseli trupești și sufletești, indispoziție de muncă, diferite morburi de nervi, perturbări senile sau sexuale se face o cură specială prin oxydarea corpului cu hormoni-vitamine. Nu se primesc tbc. nici mintali bolnavi. Prețuri moderate — conform timpului.

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile, costă Lei 85·—.**

In special indicat:

La **toate formele de Anemii** (Fe, Mn) **Maladii nervoase** (P)-neurastenie; **Tulburări digestive**-neuroza şi ulcer gastric; **Stările de slăbire şi extenuare; Eczeme cronice** (As); **Terapia nespecifică a tbc.** (împuţinarea secreţiilor prin mangan). **La cerere eşantioane gratuite!**

Avantagiile principale:

Biotonicum are un efect însemnat în urma conţinutului său de fier şi mangan sub formă colloidală.

Biotonicum are un gust foarte bun şi agreabil, fiind suportat de orice stomac sensibil, ba îl iau cu predilecţie şi copiii.

Biotonicum este embalat cu gust şi estetic, mai sobru decât preparatele analoage străine.

Biotonicum este cu mult mai ieftin ca celelalte tonice, se poate prescrie cu şi fără arsen, adăugându-i-se şi Cola sau strychnină în caz de lipsă, ceia ce-l face adaptabil unui tratament individual.

Biotonicum-ul se prepară în modul cel mai conştiincios din sacharat de fier mangan Helfenberg şi glicerofosfat Merck.

Biotonicum prin experienţele multe din ultimii 10 ani şi-a asigurat atenţiunea şi încrederea medicilor prin compoziţia sa uniformă, prin ambalajul său estetic, prin gustul său plăcut şi asimilabilitatea sa uşoară precum şi eficacitatea sa mare, justificându-şi totodată un nume ca preparat sugestiv şi un stimulent de îndreptare.

Biotonicum se întrebuinţează cu preferinţă de cei mai mulţi medici în clinici, spitale şi sanatorii.

Farmacia „La Primărie“ O. Alesi, Sebeş-Alba.

Anul I. Nr. 4. 10 Lei Exemplarul. 15 Mai 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

UNION BIO-WERKE

CRYNOTON — Tonic

O lingură inaintea fiecărei mese.

CRYNO-CALCIUM VITAMINANT GRANULE — Calicifiant

2 linguriţe pe zi.

PASSOSPASMOL — Sedativ nervos

2—3 linguriţe pe zi.

Repr. pentru România:

Farmacist PETRE ILIE, Bucureşti, str. Mircea Vodă 48.

In loc de extracte ovariene totale cu acţiune variabilă, prescrieţi:

GLANDUBOLIN RICHTER

hormonul folicular izolat

Fiole injectabile à 40, 100, 1000 şi 10.000 unităţi per cm^3.

Tablete: à 100, 300 şi 1000 unităţi.

Fabrica de Produse Chimice Gedeon Richter, Bucureşti.

SIBIU, 1934

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

EXTRACT DE FICAT INJECTABIL
FOARTE ACTIV
după Prof. Gänsslen, Tübingen

Pentru tratamentul continuu a anemiei pernicioase cu doze mari şi a tuturor anemiilor de etiologie neclară.

Pentru accelerarea reconvalescenţei şi ca adjuvant în tratamentul pentru îngrăşare.

Măreşte puterea de coagulare a sângelui în hemoragii.

Ambalaje originale:
Cutii cu 5 resp. 25 fiole de 2 cc.
„ „ 3 „ 15 „ „ 5 cc.

BAYER

„Bayer"
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre şi literatură prin reprezentanţii gen. pt. România:
„Pharma" Studerus & Co., Bucureşti II., str. Brezoianu 53.

Sănătatea elevilor şcolari

de **Dr. M. Zolog,** agregat universitar.

Ministerul Instrucţiunii, înainte cu câteva luni, a luat o dispoziţie bine venită şi de mult aşteptată, pentru a cărei ducere la bun sfârşit a făcut apel şi la Ministerul Sănătăţii şi anume, de a sistematiza şi intensifica serviciul medical şcolar şi de a da o importanţă deosebită igienei şcolare, în vederea îmbunătăţirii sănătăţii fizice şi morale a elevilor şcolari. Este obligaţia Ministerului Instrucţiunii şi a Sănătăţii de a contribui într'o măsură cât mai mare la asigurarea desvoltării normale a acestora, fiindcă în ultimii ani, în urma crizei morale şi economice, sănătatea lor fizică şi morală este serios ameninţată şi fără un ajutor efectiv este pe cale să se pericliteze însuşi fondul biologic al populaţiunei noastre. Asupra importanţei acestei dispoziţii ministeriale nu mai începe nici o discuţie. Singura obiecţiune pe care trebue să i-o facem e, că a venit aşa de târziu.

Ceeace ne interesează acum este felul cum se va executa această dispoziţie. Cele mai excelente dispoziţii pot fi compromise dacă nu se iau din timp toate măsurile pentru executarea lor practică şi simplă, dar mai cu seamă dacă nu sunt adaptate condiţiunilor şi posibilităţilor locale.

In cele ce urmează voiu încerca să fixez directivele generale pe baza cărora se poate proceda la organizarea serviciilor de igienă şcolară din fiecare comună, pentru a putea asigura tuturor elevilor asistenţa medicală, preventivă ori terapeutică, dictată de împrejurări, precum şi fiecărei şcoli îmbunătăţirile sanitare necesare.

Elevii cei mai avizaţi la protecţie sunt fără îndoială cei din şcolile primare. Şcoli secundare avem incomparabil mai puţine, majoritatea lor sunt situate în oraşe, cu un serviciu medical mai mult sau mai puţin mulţumitor, dar existent. Şcoli primare avem aproape în fiecare comună, în unele chiar mai multe, vârsta elevilor cari le

frecventează este mai plăpândă, prin urmare mai expusă influenţelor morbide ale mediului. Nu au un serviciu medical şcolar organizat, în afară de câte o inspecţie sumară a medicului de circumscripţie nu beneficiază nimic sub raport sanitar.

In comune urbane posibilitatea organizării serviciului medical şcolar este cu mult mai uşoară, se pot angaja medici şcolari, iar deplasările se fac mai uşor; prin urmare nimic nu împiedecă organizarea acestor servicii.

De medici şcolari pentru şcolile primare rurale deocamdată nu poate fi vorbă. Atribuţiile de medic şcolar revin deci medicului de circumscripţie, încărcat şi cu alte atribuţii.

Se pune acum întrebarea ce însărcinări noui putem da medicului de circumscripţie, ca pe deoparte să satisfacem anumite obligaţii minimale în interesul sănătăţii elevilor şcolari, pe de altă parte ca să nu încărcăm peste măsură nici pe medicul de circumscripţie, prin urmare să nu se ia dispoziţii neexecutabile.

In schiţarea programului ce urmează am plecat dela faptul că circumscripţiile sanitare rurale au în termin mediu 12.000 locuitori, repartizaţi aproximativ în 10 comune, cu un număr de 1500—1600 elevi şcolari.

Plecând dela această prezumţie, programul de muncă ce voiu schiţa se poate acomoda atât tuturor condiţiilor.

In cele ce urmează schiţez un program de activitate pe un an întreg, bazat pe faptele mai sus amintite şi specificând atât obligaţiunile medicilor şi ale personalului sanitar auxiliar, cât şi ale corpului didactic.

Programul de activitate este următorul:

1. In lunile de vară, după încheierea anului şcolar şi până la deschiderea noului an şcolar, se vor face *lucrările de îmbunătăţiri sanitare necesare edificiului şi mobilierului şcolar.* Directorii de şcoală, prin comitetele şcolare şi autorităţile comunale, se vor îngriji de fondurile necesare. Directorii de şcoli împreună cu medicii de circumscripţie şi medicii şcolari, vor discuta programul de realizări, medicii vor da îndrumările tehnice şi vor insista totdeauna ca principiile de sănătate să fie respectate. Pentru a putea lupta cu mai mult succes în această direcţie vor face conferinţe pentru populaţie, atât în lunile de vară, cât şi în restul anului, demonstrând populaţiei urmările grave asupra sănătăţii copiilor, a şcolilor şi mobilierului şcolar neigienic.

Lucrările mai importante în această perioadă sunt: curăţirea edificiului şi curţii şcolare, văruirea sălilor de curs, oleiarea pardoselei, repararea mobilierului sau în caz de nevoie, comandarea mobilierului nou, construirea de fântâni şi latrini igienice, băi şcolare, distribuţia apei între elevi, etc. Treptat, chiar şi cu mijloace modeste, se poate face o îmbunătăţire sau o realizare nouă în fiecare an, dacă medicul are iniţiativă şi perseverenţă. Aceste lucrări de îmbunătăţiri sanitare sunt foarte importante fiindcă pe de-o parte contribue la apărarea sănătăţii elevilor pe de altă parte au un efect educativ asupra lor.

2. Imediat după începerea anului şcolar se va face *examenul de triaj al elevilor şcolari.* Acest examen consistă din o inspecţie a elevilor pentru a depista bolile cari pot fi transmise celorlalţi elevi, de ex. boli infecţioase, tuberculoză, trachom, boli de piele, bolile pielei păroase a capului, boli parazitare, etc. Se vor depista de asemenea copiii cu defecte fizice, mintale ori morale aşa de grave încât constituesc o incompatibilitate cu viaţa şcolară. Se vor face formele necesare ca elevii a căror stare sanitară periclitează sănătatea celorlalţi copii să fie excluşi dela şcoală până la vindecarea ori neinfecţiozitate, iar copiii a căror stare fizică, mintală ori morală este incompatibilă cu şcoala să fie îndrumaţi la instituţii ori şcoli speciale. Cu această ocaziune *se va examina şi personalul didactic al şcoalei asupra bolilor transmisibile, în special tuberculoza pulmonară deschisă,* făcând propunerile necesare pentru retragerea lor din învăţământ pe tot timpul cât periclitează sănătatea elevilor.

Constatările făcute cu ocaziunea acestui examen medical, atât la elevi ca şi la personalul didactic, *constitue un secret profesional.* Bolile elevilor nu se vor comunica numai părinţilor şi personalului didactic, primilor pentru îngrijire adecvată, ultimilor pentru a putea lua dispoziţiile de rigoare, bolile personalului didactic numai autorităţilor şcolare superioare.

La acest examen de triaj medicul va fi asistat de soră de ocrotire, agent sanitar şi de personalul didactic al şcoalei.

Acest exament este urgent, se va face cât se poate de curând după deschiderea anului şcolar. Medicul va anunţa directorul şcoalei despre data exactă a sosirii lui în comună, iar directorul şcoalei va lua toate dispoziţiile necesare pentru a face posibilă examinarea în condiţiuni cât mai bune.

3. După terminarea examenului de triaj, dar cel mai târziu în luna Octomvrie, începe *examenul medical complect al elevilor şi inspecţiilor şcolare sistematice.* Ca realizarea minimală se impune

ca în circumscripţii rurale cu mai mult de 10 comune, fiecare elev să fie examinat minuţios cel puţin odată în doi ani, iar fiecare şcoală inspectată cel puţin odată pe lună. In circumscripţii rurale cu mai puţin de 10 comune precum şi în cele urbane, fiecare elev va fi examinat odată pe an şi fiecare şcoală va fi inspectată odată pe lună. Afară de aceasta, în ambele cazuri copiii găsiţi cu boli şi defecte serioase, vor fi revăzuţi şi reexaminaţi cel puţin de 2 ori pe an.

Frecvenţa examenelor medicale şi inspecţiunilor şcolare se va fixa de către fiecare medic de circumscripţie în parte, luând în considerare posibilităţile de comunicaţii. Se va insista însă ca minimul fixat să fie necondiţionat realizat.

Examenul medical consistă dintr'o examinare completă, făcută conform indicaţiilor fişei medicale şcolare. Direcţiunea şcoalei va prepara toate cele necesare după indicaţiile medicului, ca examinarea să se facă în bune condiţiuni.

Medicul va anunţa la timp sosirea lui exactă în comună.

La examinare medicul va fi asistat de sora de ocrotire şi personalul didactic (fiecare cu clasa pe care o conduce), cari vor măsura talia şi greutatea elevilor şi vor completa fişele.

Examinarea unui elev durează în termin mediu 6—10 minute. Examinările vor fi eşalonate pe întregul an şcolar în aşa fel ca minimul fixat să poată fi realizat.

Fişele elevilor vor fi păstrate la şcoală sub răspunderea direcţiunei şcoalei. *Constatările făcute cu ocaziunea examenului medical constitue un secret profesional.*

Examenul medical începe totdeauna cu elevii din Cl. I. Ca urmare practică şi imediată a examinărilor, medicul va lua dispoziţiile şi va da instrucţiile necesare ca sănătatea elevilor să nu mai sufere, eventualele defecte şi boli să nu se agraveze. Aşa de ex. elevii cu defecte vizuale şi auditive vor fi aşezaţi mai aproape de catedră, cei găsiţi cu defecte de nas-gât-urechi vor fi instruiţi cum să se îngrijească la şcoală şi la domiciliu, toţi elevii vor fi aşezaţi în bănci potrivite cu talia lor, etc. Examenul medical nu e un scop în sine, ci un mijloc pentru a cunoaşte gradul de desvoltare fizică a elevilor, defectele şi bolile lor, ca în plină cunoştinţă de cauză să putem lua dispoziţiile dictate şi permise de împrejurări, în interesul sănătăţii lor.

Medicul va discuta situaţia sănătăţii fiecărui elev cu învăţătorul respectiv, va da indicaţiuni şi instrucţiuni de felul cum trebue să fie instruiţi şi educaţi copiii bolnavi şi cu defecte, ca să se evite cazurile regretabile când copii bolnavi, subnutriţi, obosiţi, cu o capa-

citate de muncă redusă din cauza stării lor fizice, sunt tratați ca incapabili, leneși și sunt pedepsiți.

4. După terminarea examinării unui grup de 25—30 copii, sau a unei clase, pe ziua când medicul își anunță din nou sosirea în comună, *direcțiunea școalei va convoca, la o convorbire, după indicațiile medicului pe părinții copiilor examinați și găsiți cu defecte serioase, iar medicul va explica fiecăruia în parte defectele și bolile constatate, dând indicațiuni pentru îngrijirea și tratamentul necesar.* Personalul didactic, fiecare cu clasa lui, va asista la aceste convorbiri și ori de câte ori va avea posibilitatea va insista la părinți ca să urmeze sfaturile medicului. In cazuri serioase se vor cerceta părinții în acest scop și la domiciliu. Unde există soră de ocrotire aceasta atribuție cade în sarcina ei.

5. Pe lună cel puțin odată se va face o *inspecțiune generală a fiecărui edificiu școlar.* Cu această ocaziune medicul va controla dacă școala este curat întreținută, bine aerisită și luminată, dacă elevii vin curați la școală, dacă aprovizionarea cu apă se face în condițiuni igienice, dacă latrinele sunt curat întreținute. Se va interesa de numărul elevilor absenți și cauza absențelor, putând eventual să depisteze cazuri de boli infecțioase. Va discuta toate observațiunile cu direcțiunea școalei, va da instrucțiuni pentru îmbunătățirile necesare iar lipsurile mai importante le va consemna într'un registru de inspecțiune care se va înființa în acest scop la fiecare școală.

6. Cu ocaziunea inspecțiunilor școlare medicul se va *ocupa și de educația igenică a elevilor,* le va face câte o conferință scurtă, de 15 minute, despre o problemă de igienă individuală. Subiectul conferinței va fi repetat cu alte ocaziuni de personalul didactic și sora de ocrotire, iar în caz de posibilități se va și exemplifica, de exemplu: spălatul mâinilor, dinților, etc. Se vor organiza jocuri în aer liber și chiar lecții în aer liber, când condițiile admosferice permit aceasta.

7. Medicul va insista la direcțiunea școalei *să se respecte totdeauna pauzele între ore,* sălile să fie evacuate, ușile și ferestrele larg deschise pentru o aerisire cât mai completă, iar *elevii să-și facă recreația în curtea sau grădina școalei.* Dacă ventilația sălilor nu se face, aerul viciat reduce vitalitatea și capacitatea de muncă a elevilor și îi predispune pentru îmbolnăviri.

Tot din acest motiv se va insista ca acolo unde și când se poate, să se facă *lecții cu ferestre deschise sau chiar în aer liber, iar exercițiile fizice să se facă totdeauna în aer liber.*

8. Având în vedere numărul mare al copiilor subnutriți din toate școlile, se va insista la părinți, atât de medic, cât și de învățător și soră de ocrotire, ca să se facă *alimentația potrivită a copiilor*, să-și aducă alimente la școală, (pâine, lapte), iar în mediu urban să se organizeze *cantine școlare*, unde copii săraci să primească în mod gratuit lapte și pâine, (în contul primăriei, comitetelor școlare, societăți de binefacere, etc.), iar copiii cu stare materială mai bună, contra cost. Tot din același motiv se impune ca în mediu urban să se organizeze *colonii școlare de vară*, unde copiii indicați de medic, să fie ținuți 4—6 săptămâni, fie gratuit, dacă sunt săraci, fie contra cost dacă pot plăti. E o greșală să se creadă că aceste colonii se pot organiza numai la mare sau la munte, ele se pot organiza ori unde, unde avem aer pur, fără praf, soare, alimentație abundentă și teren mare pentru jocuri.

9. In mediu urban este foarte importantă *supravegherea la domiciliu a elevilor cari nu locuiesc în familie proprie, ci la așa zise gazde*. Direcțiunea școalei se va îngriji ca toți acești elevi să fie vizitați la domiciliu pe an de cel puțin de 3—4 ori, de personalul didactic, medici și surori de ocrotire. In cazul când familia respectivă nu prezintă suficiente garanții pentru sănătatea fizică și morală a elevilor, nu se va mai permite să locuiască în aceea familie. Direcțiunea școlii va întocmi o listă a gazdelor cari pot fi recomandate, pe baza constatărilor făcute la fața locului. La întocmirea listelor se va avea în vedere situația economică a tuturor elevilor, prin urmare se vor lua pe listă și familii cu condițiuni foarte modeste, dar să garanteze sănătatea fizică și morală a elevilor.

10. In caz de *boli infecțiose* închiderea școlilor va fi dispoziția care se va lua ultima dată, când toate metodele de combatere au fost epuizate. Prin închiderea școlilor, o epidemie nu se combate, ci în cazul cel mai bun rămâne neinfluențată, se ignorează numai.

In loc de închidere se impune, mai cu seamă în mediu urban inspectarea zilnică a elevilor, depistarea suspecților și contacților, luarea de probe de material patologic pentru analize, lecțiuni de igienă personală și profilaxie, controlul medical și bacteriologic al elevilor reîntorși la școală după boli infecțioase.

11. La sfârșitul anului școlar și în timpul vacanței *medicul împreună cu personalul didactic al școalei vor forma un comitet de orientare profesională*, dând sfaturi și îndrumări părinților pentru alegerea carierelor și profesiunilor celor mai potrivite aptitudinilor și sănătății elevilor. In acest scop încă în cursul anului școlar se va face propagandă de medic și învățător.

SERVICIUL SANITAR AL ..... SERVICIUL DE IGIENĂ ŞCOLARĂ

FIŞA MEDICALĂ

a elevului .....

Data naşterii ..... Şcoala ..... Numele părinţilor .....
Locul naşterii ..... Nr. matricular ..... Ocupaţia „ .....
Naţionalitatea ..... Locuinţa ..... Adresa „ .....

Clasa		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
Data examinării							
Talia							
Greutatea							
Greutatea Corespunzătoare pt. talie şi etate							
Ochi	conj.						
	acuit viz.						
Nas (veget. ad.)							
Gât (amigd.)							
Urechi							
Dinţi							
Ganglioni							
Pielea	paraziţi						
	scabie						
	tbc.						
Cord							
Pulmoni							
Sist. osos							
Sist. nervos							
Coef. de int.							
Alte defecte							
Boli în fam. (Tbc., sif., alc., boli psich. şi mintale etc.							

Boli de cari a suferit elevul înaintea şcolarităţii:

Reacţii de imunitate:

Vaccinări:

.....

VIZITE LA DOMICILIU:

Data	Scopul vizitei	Informaţii culese	Rezultatul obţinut

Defecte cari necesită tratament:				Bolile elevului în timpul şcolarităţii		
Data	Defectul	Tratamentul	Rezultatul	Boala	Data	Dispoziţii luate
Observaţiuni						

12. Este foarte util şi necesar ca în fiecare şcoală să existe o cutie cu cele mai necesare pentru *primul ajutor* în caz de accidente, cari între elevii şcolari sunt destul de frecvente. Personalul didactic va fi instruit de medic cum să procedeze în cazuri de urgenţă. Aceste cutii de prim ajutor la început pot să conţină şi numai câteva lucruri, nu prea costisitoare, ca: vată, tinctură de iod, pansamente, alcool, etc. Treptat-treptat se vor completa şi vor fi văzute de medic cu ocaziunea fiecărei inspecţiuni.

*

Fişa medicală şcolară alăturată ca model, este simplă, nu recere mult de scris, dacă este conştiincios completată ne dă o icoană clară asupra gradului de desvoltare precum şi asupra sănătăţii elevilor. Fişa este aşa întocmită ca să servească pe întreaga perioadă şcolară, 6 ani, nu trebue deci în fiecare an una nouă. Rubricile pentru constatări sunt mici, fiindcă fişa nu este o foaie de observaţie, unde se fac descrieri lungi, ci se notează numai cu un cuvânt sau semn convenţional defectul sau boala constatată, iar gradul defectului sau boalei se poate exprima cu cifre I. (uşor), II. (mediu), III. (grav).

Cheltuelile pentru fişe pot fi suportate de judeţ, oraş şi comune. Numărul fişelor necesare pentru un judeţ îl deduce calculând 15%—20% din populaţia totală. Acest număr mare de fişe trebue numai în primul an al introducerii lor, în anii următori numai pentru copiii cari vin în cl. I, aproximativ 4%—5% din populaţie.

Autorităţile în drept au datoria să facă toate intervenţiile şi să depună toate insistenţele pe lângă conducătorii judeţelor, municipiilor, oraşelor, ca fişele să se comande, fiindcă acestea constitue baza întregei activităţi medicale în şcoală.

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

Muzica vocală și instrumentală ca știință psiho-fiziologică și psihoterapeutică (meloterapia)

de **Dr. G. Preda,** medic primar, director superior Sibiu.

Știm că în natură totul constă în vibrațiune și că această vibrațiune este sinonimă energiei.

Sunetele ca și culorile ocupă 7 octave în clavirul acestei vibrațiuni.

Sunetele cu un număr mai mic de vibrațiuni pe secundă sunt cele mai auzibile.

Proprietățile sunetelor asupra centrilor cerebrali sunt mai mari ca acele ale culorilor, de oarece vibrațiile sunt mai puțin numeroase. Așa de ex. Do (I) dă 32 vibrațiuni pe secundă pe când roșul 483 trilioane de vibrațiuni.

Vibrațiunile produse prin imagini fiind mai puțin escitante ca acele produse prin culori, urmează ca și vibrațiile produse prin langajul verbal, să fie mai puțin active ca acele muzicale.

Precum există o inteligență vizuală manifestată prin vederea binoculară (care ne dă relieful), tot așa avem și o inteligență auditivă.

Trebue totuși să facem o distincție între inteligența auditivă creiată odată cu omul și inteligența muzicală ce apare după unii pe la sfârșitul veacului XV. Această din urmă pare să fie scoasă în evidență odată cu nouile sunete, desvoltându-se ca și celelalte facultăți intelectuale.

O întrebare s'ar putea pune. Dacă această inteligență desvoltată a permis îmbogățirea gamelor cu noui sunete, sau dacă descoperirea sunetelor a desvoltat această inteligență?

In articolul „Meloterapia" G. Quertant susține că popoarele mai puțin civilizate, deci mai arierate au și astăzi sunete puține (s'ar putea zice numai niște sgomote).

Omul deci a descoperit cu timpul sunetele care existau (nu le-a inventat). Descoperirea sunetelor a contribuit la desvoltarea inteligenței, dând ființei omenești o organizație cerebrală mai complectă, mai rafinată.

Fiind că aceste vibraţiuni au fost aşa de active încât au putut desvolta anumiţi centri nervoşi, de îndată ce acest om prin diferite cauze sufere o deficienţă sau o pierdere în facultăţile psihice, are nevoie de aceste vibraţiuni (deci de sunetele muzicei) pentru ca prin suplinire, să poată umplea acest deficit.

Această teză justifică existenţa meloterapiei şi explică binefacerile terapeuticei muzicale, atât asupra stărei sufleteşti normale, cât şi a celei bolnave.

Odată aceste fapte bine stabilite, să cercetăm în un mod mai detaliat influenţa exercitată de sunet asupra organismului omenesc.

Se ştie de foarte multă vreme cum sunetele ritmate, armonioase, reţin atenţia noastră şi produc în foarte multe cazuri stări de fascinaţie sau extaz.

Care din noi nu a ascultat în o stare de contemplaţie vagă şi fără să ştie pentru ce, murmurul unei ape, rularea unui tren, sgomotul valurilor care lovesc stâncile, etc. Este chiar surprinzător faptul, cum pentru acest din urmă sunet, nu ne mulţumim numai să auzim lovitura pe măsură ce ea se produce, dar anticipăm asupra senzaţiei viitoare aşa fel că după fiecare lovitură, noi aşteptăm să vină cea următoare.

Ocuparea atenţiei este cu atât mai mare, cu cât acţiunea sunetului este mai fascinantă, cu cât deci acest sunet are o armonie mai ritmică, mai prelungită.

Ştim de exemplu cum cântecul gondolierilor din Veneţia se adaptează balansărei apei, făcând pe călători să treacă în o stare de reverie, pot zice chiar de somnolenţă.

De altfel istoricul influenţei sunetelor asupra organismului, îşi are origina în Mitologie, unde se descrie frumoasa legendă a lui Orfeu, care prin accentele lirei, supunea atât oamenii, cât şi animalele.

Nu mai puţin expresivă este legenda fascinaţiunei exercitată de Sirene, care prin cântecele lor atrăgeau navigatori în locurile cele mai periculoase.

Homer ne arată în odiseea sa, cum Ulise (după sfatul lui Circeu), astupând cu ceară urechile tovarăşilor săi, s'a legat de catargul corăbiei ca să poată asculta — fără pericol, — sunetele delicioase ale acestor sirene.

Probabil că în realitate aceste sunete transmiteau ritmul cadenţat al mărei, iar conducătorul corăbiei, trecut în stare de extaz, judeca falş asupra direcţiei pe care o lua corabia, care se îndrepta astfel spre locuri periculoase.

Incă de acum 40 secole în urmă, se institui-se în China un fel de minister al muzicei, care centraliza cântecile din diferitele provincii şi studia acţiunea lor favorabilă sau vătămătoare asupra maselor, alegându-se acele, ce prin repetirea lor puteau aduce ameliorarea moravurilor. După Confucius, cântecul era singurul mijloc de desţelinare a creerului şi inimei.

De altfel un Dr. francez, Henry Lemesle, a publicat acum 30 de ani un studiu magistral asupra acestei chestiuni, arătând influenţa educatorică şi escitantă a cântecului sau muzicei, pentru anumite scopuri urmărite fie de: conducători (de armate, de popoare, de mulţime), fie de preoţii diferitelor religiuni.

Luăm la cunoştinţă din această lucrare cum Egiptenii cunoscând influenţa ritmului asupra stărei psihice supunea la (aşa zisă) „Sărbătoarea Lampelor", aproape 70.000 persoane unei discipline ritmice.

La sărbătoarea „Corturilor", „Psalmul lui David" era interpretat de 4000 de leviţi aranjaţi cu pricepere pe 2 coline, pentru a putea să se stabilească un ritm de alternanţă.

Câte odată acest ritm era monoton ca în litanii sau psalmodii, aducând o uşoară stare de hipnoză, alteori se arată cadenţat alternând accentele slabe cu cele forte.

Tot în această lucrare, vedem cum la curtea regelui Pheacienilor, în timp ce lumea se ospăta, rapsodul Phemios celebra prin cântece războaiele din trecut. In faţă mâncărurile suculente şi în plină euforie, se evoca aşa dar explorările şi victoriile pentru a putea întreţine aspiraţiile spre noui victorii.

Tot prin cântece, Timoteu din Teba, redeştepta la banchete virtuţile războinice a lui Alexandru cel mare, pentru a-l incita la obţinerea altor noui victorii.

In 1759 un medic francez susţinea că în fiecare regiment francez, ar trebui să existe câte 2—3 cântăreţi, care în felul barzilor din regimentele scoţiene, să ştie prin cântece, să escite virtuţile războinice.

In 1791 A. S. Boy, chirurg şef al armatei dela Rin, a compus la Strasburg faimosul imn „Să veghem la salvarea imperiului", care a devenit cântecul favorit al armatelor revoluţionare. Acest imn figura pe toate programele patriotice. Cum el însă accelera acţiunile moderaţilor monarhi, Napoleon l-a şters din repertoriu pentru a-l reîntroduce după retragerea din Rusia adică atunci, când avem nevoie de reînsufleţirea curajului.

De altfel în 1792 tot la armata dela Rin, ştim că Rouget de Lisle a creiat Marseilleza, care devine imnul naţional francez.

Fiecare țară de altfel prin imnul său național caută să lucreze cât mai activ asupra sufletului.

Influența exercitată însă de diferiți cântăreți și de diferite muzici asupra armatelor în timp de pace și de războiu, variază în raport cu scopul urmărit.

Dacă unele din arii stimulează soldații la asalt, le face rana mai ușoară și etapa mai scurtă; altele mai plăcute mai suave, aduc luptătorului nu numai distracție, dar o destindere, o resemnare, o salutară derivație față de încordarea epuizantă pe care o provoca lupta cu emoțiile, comoțiile și mizeriile ei.

In influența exercitantă de muzică asupra organizmului trebue să se țină compt de situația, de educația, ca și de dispoziția de spirit a acestui ce ascultă (este un senzualist, intelectualist, artist, amator, etc.) precum și de natura muzicei (armonie, combinație de timbru, orhestrație).

Pentru unii oameni muzica constitue o adevărată recreație apreciabilă făcându-le firea bună, delicată, pentru alți cu temperamente sensibile muzica riscă să le mărească iritabilitatea, aducându-le chiar o criză.

Augende [1]) ocupându-se de influența ce o exercita asupra noastră diferitele genuri de muzică, susține că: muzica lui Glück și Beethoven prin sentimentele clare, puternice, adânci, liniștite, pe care le deșteaptă în noi, ar răspunde mai bine equilibrului sufletesc ca aceia a lui Debussy care prezintă conture neprecise, neliniștite, inervante.

Compozitorul Désiré Paque [2]) trecând în revistă numeroși compozitori de muzică afirmă că: muzica bătrânului Bach (poate prea scolastică pentru profani), este o arhitectură puternică și de o inspirație profundă, calmă și serioasă.

Haendel prin noblețа și profunzimea accentelor exprimate cu ajutorul unei tehnice simple, se arată de asemenea sănătos, viguros.

Beethoven — de care am vorbit mai sus — aparține timpului modern. Prin muzica sa sufletul pare mai turmentat, mai senzibil, totuși profunzimea filosofică a sentimentului, unitatea operei, disprețul pentru ceiace nu este real și omenesc, face ca muzica acestui geniu să fie salutară și să pătrundă destul de natural în sufletul nostru.

Muzica lui Mozart are un farmec melancolic care tiuzionează la prima audiere. Este deci puțin făcută pentru a înveseli, mult mai puțin ca liniile sincere a lui Haydn.

---

[1] Revue positiviste internationale 1909.

[2] La musique et la nervosité 1910.

Schubert, celebru muzician al sec. XIX, dă de asemenea o muzică foarte naturală.

Romantistul Mendelsohn pare plin de sentimente şi dulceaţă de primăvară.

Weber este un romantic mai vibrător, mai escitant.

Tot aşa Schumann cu senzibilitatea afectivă ascuţită, care pătrunde profund firile obosite şi nervoase.

Wagner ultraromantic, prin forţa operilor sale pline de pasiuni frenetici şi imagini puternice, poate cauza chiar o comoţie nervoasă aşa precum ar aduce-o tabloul morţei Isoldei.

Evoluţia psihologică a unei naturi exasperante prin pasiunea amorului, este de obiceiu tradusă muzicaliceşte de Wagner în un mod cu totul uimitor.

Muzica modernă pare mai artificială, mai senzuală. Putem zice de o operă modernă că este frumoasă, încântătoare fină, rafinată, dar îi lipseşte adevărata forţă pe care o poate da geniul puternic şi fecund.

Dar şi între moderni se face o diferenţă, aşa Saint Saëns cu inspiraţii şi ţinută clasică, pare mai bine primit ca Fauré care este mai artificial. Acesta din urmă este mai sănătos ca Dukas şi Debussy, etc.

In general sistemul nervos este rău atins prin o artă rafinată la exces, fără forţă şi sentimentul clar omenesc.

Autorii de mai sus, arată încă, cum diversele armonii influenţează deosebit sistemul nostru nervos. Astfel: acordul perfect major este cel mai sănătos, dă impresia unei satisfacţii complecte fără nelinişte şi tristeţă. Aparatul auditiv se repauzează. Cel minor aduce o tristeţă melancolică. Acordurile disonante împrăştie simţirea noastră.

Senzibilitatea noastră rămâne apoi profund influenţată de felul cum sunt întrebuinţate armoniile, prin lipsa de hotărâre a oarecăror acorduri, prin întârzierea armoniilor, prin trecerea prea repede dela o disonanţă la alta şi fără modulaţie, etc.

Diversele instrumente dau încă efecte diferite asupra sistemului nostru nervos.

Accentul violoncelului mişcă fiinţa noastră, lăsând însă o impresie calmă.

Clarinetul, flautul sunt instrumente cu sunete uşoare, care ne distrează.

Oboiul, fagotul afectă mult coardele noastre senzitive. Trompeta, trombonul sunt instrumente a căror sunet ca şi acel al corurilor nu ne senzibilizează în mod deosebit.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes).** — 2 cuil. à dessert **(Enfants).** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

CALCIRON : EUCARBON

F. Trenka **F. Trenka**

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 162, 4. IV. 1925.

Pasta HIRISAN ULCRUN

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 04410, 12. IV. 1933.

SPETON

Aprobat de C. S. S. sub Nr. 77.268 dela 15 Decemvrie 1931.

Depot pentru Sibiu

HIETSCH & Co.

De vânzare: Farmacii și Droguerii.

Insulin „Degewop“

Sub controlul prof. Dr. E. LAQUEUR, Directorul Institutului Pharmacotherapeutic din Amsterdam.

Durabil
nu irită
exact dozat,
de aci în permanență constant.

100 U. . . . 5 ccm. . . . Lei 60·—
200 U. . . . 5 „ . . . „ 115·—

In afară de aceasta ambalaj pentru clinici.

N.V. ORGANON
TOT BEREIDING VAN ORGAANPREPARATEN OP WETENSCHAPPELIJKEN GRONDSLAG OSS (HOLLAND)

Mostre și Literatură:

Drogueria „ROYAL“ M. Rozsa, S. A. Cluj.

Orga deşi este un instrument calm, ponderat, ne impresionează mai mult în înţeles mistic.

Piano şi harpa sunt instrumente pozitive, ingrate puţin muzicale, totuşi pot fi transformate prin mâinile artistului, irradiind un magnetism deosebit.

Vocea care se apropie de vioară este sunetul care supraesctită sistemul nervos, străbătând în chip acut coardele afective ale fiinţei noastre.

Dar sufletul autorilor tradus în operile lor, orhestraţia, sistemul armonic etc., impresionează diferit nu numai pe oamenii sănătoşi, normali, dar chiar şi pe acei bolnavi sau cu deficienţe, diminuări, desechilibru în facultăţile lor psihice.

Orgele din Clinicele din Petersburg, cântecele surorilor din spitalele de copii din Edinburgh, vechile procesiuni religioase dela Spitalul „Hôtel Dieu" din Paris, ca şi renumitele „Opere muzicale ale Spitalelor din Paris", date de un comitet pus sub preşedinţia Prof. Dr. Pozzi, exprimă realizări şi aduc dovezi asupra rezultatelor favorabile obţinute prin muzico terapie asupra bolnavilor.

Tulburările nervoase şi mintale pot fi încă influenţate diferit, după muzica prezentată, sau după categoria de boală a acelui ce o ascultă.

Biblia ne spune că harpa lui David calma nervii regelui Saul, deci evreii cunoşteau de mult efectele sedative ale sunetului.

Renumitul pictor flamand Hugo van der Goës închis ca alienat în „Mânăstirea roşie", obţinea de asemenea calmul şi oarecare luciditate, numai atunci când corul de copii ai mânăstirei intona cântece religioase.

La spitalul Salpetrière din Paris şi astăzi se vede pe peretele amfitreatului Charcot, un dublu medalion de bronz al fraţilor Lionnet. Aceşti doi artişti timp de aproape 25 ani organizase (de multe ori pe an) concerte, prin care procura satisfacţii sufleteşti pensionarilor din ilustrul stabiliment.

In 1908 Direcţia azilului de alienaţi din Witham (Essex) de lângă Londra, avu fericita ideie de a înfiinţa în azil o fanfară compusă din bolnavi între 18 şi 25 ani cu rezultate din cele mai bune. Nu numai că unii din bolnavi au încercat să cânte din astfel de instrumente, dar instrumentiştii au prezentat aşa de însemnată ameliorare, încât au fost demişi din azil.

Constatându-se deci prin muzică influenţa binefăcătoare asupra stărei sufleteşti a celor mai mulţi bolnavi mintali s'a încercat şi la

noi mai ales în anii după războiu să se înmulţească atât la instituţiile particulare de îngrijire a suferinzilor, cât şi la cele oficiale, distracţiile prin cântece şi muzică instrumentală.

In spitalul de boli mintale din Sibiu înainte încă de a se răspândi radiofonia, se obişnuia ca cel puţin odată pe lună, să aibă loc pentru bolnavi audiţiuni muzicale şi chiar petreceri cu dans.

De când aparatele radiofonice stau la îndemâna tuturor, s'a introdus şi la noi în spital 2 aparate mari, care înzestrate de amplificatori şi haute parleuri pot transmite în foarte multe secţii, programele muzicale ale diferitelor oraşe.

In scop de a putea urmări mai bine efectele muzicei radiofonice asupra celor atinşi mentaliceşte s'a întocmit un chestionar cu numeroase întrebări. Se consemnează zilnic de îngrijitorii rutinaţi cu supravegherea bolnavilor, răspunsurile care privesc influenţa exercitată de acest gen de muzică asupra bolnavilor.

Iată câteva din întrebările mai importante la care se răspunde:

1. Ascultă dela sine muzica bolnavul sau trebue să i-se atragă atenţia? Sunt bolnavi cari cer dela sine să li se cânte?

2. Cum manifestă sau reacţionează bolnavul la auzul sunetelor?

3. Ce influenţă are muzica atunci când bolnavul este singur şi ce influenţă când este în colectivitate?

4. Dorm şi mănâncă mai bine prin audiţiunea muzicală?

5. Care sunt bucăţile de muzică preferite? (cele cântate sau orhestraţia).

6. Care sunt bolnavii escitaţi care se liniştesc şi care sunt liniştiţi care se agită?

7. Cât timp durează influenţa exercitată de muzică?

Aceste observaţii ale îngrijitorilor, şefi de secţii, încercaţi şi în îngrijirea bolnavilor, erau supuse controlei medicului şi urmărite mai de aproape de mine.

Observaţiile noastre privesc bolnavii şi bolnavele de clasa I şi II din pavilionul bărbaţilor, femeilor şi secţia 11 (cu femei).

Pe un total deci de 94 suferinzi în interval de aproape 3 luni, s'a constatat:

1. Aproape toţi bolnavii şi bolnavele ascultă muzica dela sine. Numai 3 bolnave şi 3 bolnavi au refuzat şi protestat la început contra ei. In schimb 6 bolnave şi 4 bolnavi au cerut aproape zilnic să li se cânte muzica.

2. Dintre bolnavele ce ascultă 7 dansează (de multe ori); iar dintre bolnavi 2 bat măsura muzicei.

3. Muzica are aceiaşi influenţă fie că bolnavul este singur sau în colectivitate, de obiceiu cei doritori de muzică, pretind linişte dela acei ce vorbesc şi nu ascultă.

4. Se notează că în general toţi bolnavii şi bolnavele mănâncă şi dorm mai bine la sunetele muzicei.

5. Este preferită de bolnavi muzica: cadenţată, dansantă, sau ariile naţionale.

6. Dintre cei neliniştiţi sau care se agită tranzitoriu, 6 femei şi un bărbat s'au arătat liniştiţi. (Menţionăm că pentru agitaţii bărbaţi şi femei există secţii separate unde se intenţionează introducerea muzicei).

La acei liniştiţi şi care au refuzat muzica, nu li s'a adus prin sunetele ei nici o stare de agitaţie deosebită, ci numai protestări sau întrebuinţări de mijloace de apărare (astuparea urechilor).

7. Efectele muzicei se arată de scurtă durată.

Cercetările noastre sunt la început. Va trebui să urmărim de aproape categoria de boală, gradul în care este atins individul, educaţia sa muzicală din trecut, diferitele categorii de muzică şi studiile mai aprofundate asupra impresiilor şi efectelor obţinute prin audieri, pentru ca concluziile să fie mai precise şi mai detaliate.

In general însă putem afirma că muzica aduce ameliorări sufleteşti pentru aproape toate categoriile de bolnavi mintali.

Consemnând aceste sumare observaţiuni atragem atenţia prin ele, acelor ce se ocupă de tratamentul acestor bolnavi, să caute să utilizeze muzica vocală şi instrumentală printre celelalte mijloace psihoterapeutice.

Spitalul Public Sibiu

Serviciul Chirurgical. Medic primar, Docent Dr. Octavian Filipescu

Pseudoartrozele oaselor lungi şi tratamentul lor

de **Doc. Dr. Filipescu.**

Anii postbelici marchează pentru problema pseudoartrozelor o eră de augmentare a cunoştinţelor şi novatoare în concepţie de tratament. Frecvenţa mare în aceşti ani, precum şi infirmitatea considerabilă a acestei manifestaţiuni patologice, datorită impotenţei funcţionale a segmentului distal, a ridicat această problemă pe primul plan al disciplinei chirurgicale; intrând din sfera unor preocupări singuratice în patrimoniul comun al majorităţii chirurgilor, într'adevăr, pe când *Streissler*, la anul 1910 abea a putut aduna în literatura mondială 191 cazuri; iar *Jost* la anul 1915 numai 325, în acest timp singur în clinica lui *Lexer* s'a tratat peste 1000 cazuri. Mărturie vie despre asiduitatea postbelică, cu care s'a urmărit această problemă este belşugul de cazuri publicate, care au adus la inaugurarea unor concepţii de tratament din cele mai ingenioase, din cari în zilele noastre sunt consacrate mai ales principiile terapeutice ale lui *Ollier, Lexer, Kirschner şi ale lui Beck* propuse la anul 1929, precum şi concepţia lui *Denk*, pusă în practică la anul 1932.

Consultarea tratatelor clasice arată o diviziune a acestei afecţiuni după caracterele etiologice şi anatomice. In sensul celor dintâi distingem: pseudoartroze traumatice, patologice şi trofice. După caracterele anatomice deosebim: pseudoartroze flotante, fibroase şi fibro-sinoviale.

In cele următoare ne vom ocupa numai de pseudoartrozele mecanice pure; în etiologia cărora n'au concurat şi cauze generale. Pentru a evidenţia şi mai plauzibil posibilitatea unei selecţiuni sub raportul indicaţiilor de tratament, în gruparea pseudoartrozelor mecanice pure noi ne asociem împărţirii propuse de Denk (Viena), care distinge pseudoartroze cu contact, numite şi pseudoartroze veritabile, precum şi pseudoartroze cu defect osos. Pe când în problema

terapeuticei celor dintâi, o serie întreagă de procedee chirurgicale asigură un succes operator; cele din urmă sunt singur justiciabile tratamentului operator prin transplant osos propus de Lexer.

Toţi autorii, de acord cu publicaţiile mai vechi, constată, că $^1/_2$—5% din fracturi se complică cu pseudoartroze, în majoritate cu localizare la diafiza oaselor. După *Matti*, humerusul arată maximul de frecvenţă; datorit corticalei diafizare cu mică putere osteogenetică de producere a calusului; în al doilea rând vine tibia cu o suprafaţă întinsă neprotejată, acoperită numai de piele, în condiţii de nutriţie în inferioritate şi în cras contrast cu satelitul ei peroneul tapisat cu o masă musculară bine desvoltată.

Nu voi intra în discuţia amănunţită a cauzelor etiologice, acestei manifestaţiuni patologice, ci ţin să menţionez numai momentele de importanţă practică, cu rol patogenic mai frecvent. Între aceste eschilectomia precoce prin ridicarea părţilor osoase cu continuitate periostică; supuraţiile îndelungate, prin influinţa lor deleteră asupra părţilor osoase osteogenetice şi favorizarea desvoltării unui ţesut scleros cicatricial; lipsa de fixitate suficientă în stadiul iniţial al tratamentului, prin deplasările şi frecările continue ajutând desvoltarea unui ţesut fibros cu cartilagiu hialin, şi în sfârşit interpoziţiile musculare şi corpii străini precum şi inexactităţi în coaptare sunt factorii mai frecvenţi în domeniul acestei etiologii. Pe lângă acestea tratamentului operator cu fixarea fragmentelor prin proteza *Lane*, încă i se datoresc o serie de pseudoartroze. *Hendersohn*, din clinica lui Mayo a arătat că 60%, *Scudder* 70% a pseudoartrozelor se datoresc tratamentului primitiv a fracturilor făcute după această metodă. De aici şi concluzia, că un număr considerabil al pseudoartrozelor este drept consecinţa tratamentului practicat.

O problemă dificilă a domeniului chirurgical este tratamentul cu succes al pseudoartrozelor. Faptul că în literatură sunt cunoscute şi s'a practicat un număr considerabil de procedee este dovada cea mai eclatantă, că până în prezent nu suntem în posesia unei terapii, care să satisfacă pe deplin şi cu facilitate toate cerinţele. Publicarea la anul 1929 a concepţiei terapeutice a lui *Beck* (Kiel), a pus în lumină mai clară noţiunile terapeutice şi ea dă posibilitate de interpretare mai raţională principiului activ, care stă la baza tuturor metodelor de tratament în cazurile de pseudoartroze cu contact. Acest autor a arătat, că prin perforarea cu ajutorul unei freze a corticalei, a substanţei medulare şi a cicatricei interfragmentare, se creiază o bază de valoare terapeutică indiscutabilă. Amestecul de pulbere osoasă, substanţă medulară şi sânge, for-

meazâ substanţa cea mai activă şi generatoare de calus şi după distrugerea capsulei fibroase, care închide canalul medular, se oferă condiţiile cele mai favorabile pentru consolidarea osoasă. Dacă trecem în revistă celelalte procedee utilizate, ca avivarea capetelor osoase, rezecţiunea pseudoartrozei, sau distrugerea ei subcutanată prin mobilizare de 30° în orice direcţie, propusă la anul 1930 din nou cu insistenţă de *Goetze* constatăm, că şi aceştia urmăresc a realiza dezideratele concepţiei lui Beck; la fel şi în procedeul lui Kirchner (Aufsplitterungsverfahren). Beck execută perforaţiunile osoase cu ajutorul unei freze electrice anume construite şi prin o singură perforaţiune cutanată, găureşte pseudoartroza de 6—8 ori. Multiplicitatea perforaţiunilor şi exactitatea trecerii lor prin cicatrice interfragmentară, este un deziderat tehnic de importanţă şi în consecinţă crearea prin mijlocirea lor unei legături întinse între canalul medular este o necesitate imperioasă, asupra căreia a insistat mai mult Böhler (Viena) şi de aici se numeşte de unii autori acest procedeu şi al lui *Beck-Böhler*. Acest din urmă autor a cerut şi utilizarea unui motor de turaţie mică, pentru evitarea arsurilor cutanate, iar pentru cazul unui defect în cursul operaţiei ţine gata pentru funcţionare un al doilea motor.

Pentru o mai bună stabilire a adevărului istoric, s'a remarcat şi în literatura germană, că paternitatea acestui procedeu nu este a lui Beck şi o găsim cu o dată mai veche, *Diffenbach* l-a practicat cu succes încă la anul 1841; la fel *Brainard* cu totul independent la anul 1854; mai târziu *Ollier şi Billroth* încă a scos în evidenţă atât avantajele, cât şi inconvenientele lui.

In timpul din urmă, la anul 1932, *Denk* (Viena) a adus o modificare din cele mai practice acestui procedeu operator. Plecând dela constatarea, că perforaţiunile percutante sunt uneori fără controlul ocular foarte dificil de executat şi mai ales în fracturile transversale, cu exactitatea reclamată de un succes operator uneori imposibil de realizat; iar în cazul unei ruperi a frezei ajungem la inconvenientul unei dificile extrageri; a indicat să se facă o incizie a părţilor moi de 3—4 cm. punând în evidenţă focarul pseudoartrozei şi cu ajutorul unei freze bule să se perforeze corticala şi capsula fibroasă interfragmentară; înlăturând prin această tehnică inconvenientele procedeului *Beck-Böhler*. Dar şi aceşti autori utilizează în executarea acestei metode de tratament un instrumentar special construit. Noi recunoscând valoarea acestei concepţii terapeutice am căutat a o pune în practică, însă mai simplificată, în lipsa unui atare trusou instrumentar.

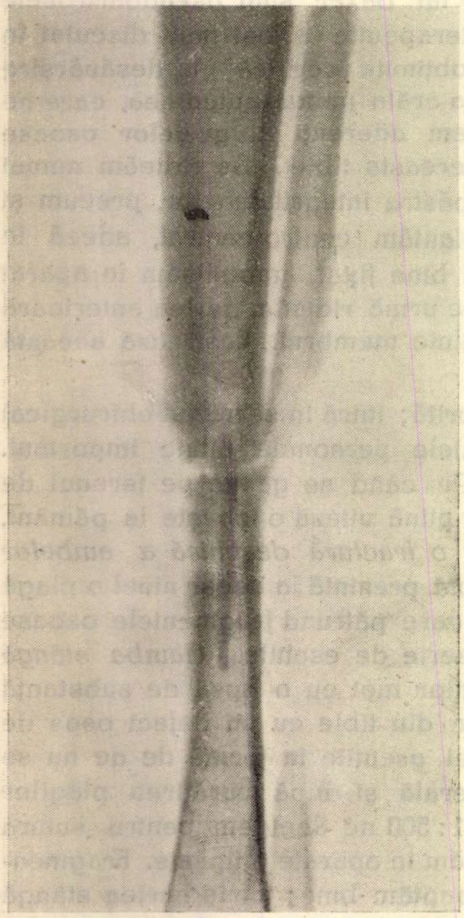
In tehnica noastră am rămas în cadrele principiilor terapeutice fixate de *Denk, Kirschner şi Beck.* Noi punem în evidenţă prin incizia părţilor moi subperiostal focarul pseudoartrozei. Cu bisturiul şi lingura *Volkmann* înlăturăm cicatricea interfragmentară, deschizând canalul medular al ambelor capete, iar cu o freză avivăm capetele fragmentelor osoase; în urmă cu o daltă despicăm corticala în mai multe locuri în sensul concepţiei lui Kirschner. Deşi am pus în practică această procedură într'un număr mai redus de cazuri, rezultatele bune obţinute ne încurajează a o utiliza şi pe viitor în pseudoartrozele cu contact.

Sfera indicaţiilor procedeului lui *Lexer* sunt pseudoartrozele cu defect osos. Acest procedeu terapeutic a fost mult discutat în literatură şi rezultatele strălucite obţinute verifică cu desăvârşire competenţa lui. Noi ne vom limita a arăta numai atitudinea, care ne conduce în practicarea lui. Suntem aderenţi ai grefelor osoase autoplastice, luate cu preferinţă din creasta tibiei. Le ridicăm numai cu ajutorul unei dalte, îngrijind a păstra integritatea lor, precum şi periostul pe toată suprafaţa. Implantăm centro-central, adecă în canalul medular cât mai profund şi bine fixat. Imobilizăm în aparat ghipsat timp de 10—12 săptămâni, pe urmă ridicăm partea anterioară a aparatului pentru a putea masa zilnic membrul. Ilustrează această procedură următorul caz.

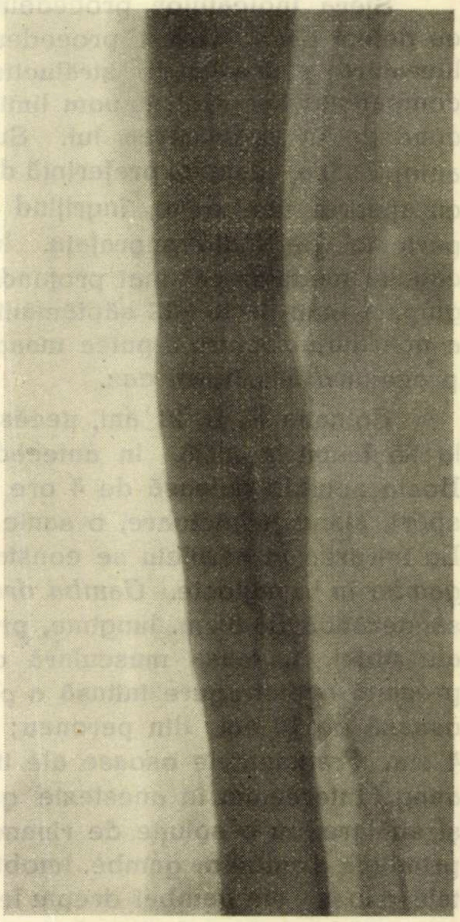
Bolnava S. L. 21 ani, necăsătorită; intră în serviciul chirurgical la 25 Ianuarie 1928. In antecedentele personale nimic important. Boala actuală datează de 4 ore. Pe când se găsea pe terenul de sport, stând în picioare, o sanie în plină viteză o izbeşte la pământ. La intrarea în serviciu se constată *o fractură deschisă a ambelor gambe* în $^1/_3$ mijlocie. *Gamba dreaptă* prezintă la acest nivel o plagă sângerândă de 8 cm. lungime, prin care pătrund fragmentele osoase ale tibiei. In masa musculară o serie de eschile. *Gamba stângă* prezintă o distrugere întinsă a părţilor moi cu o lipsă de substanţă osoasă de 10 cm din peroneu; iar din tibie cu un defect osos de 4 cm. Fragmentele osoase ale tibiei ascuţite în formă de ac nu se ating. Intervenim în anestezie generală şi după curăţirea plăgilor şi spălare cu o soluţie de rivanol 1:500 ne decidem pentru sutura primitivă a ambelor gambe. Imobilizăm în aparate ghipsate. Fragmentele osoase ale gambei drepte le coaptăm bine; iar în partea stângă cu toată lipsa întinsă de substanţă osoasă, nu ne decidem momentan pentru o transplantare osoasă din cauza stării generale foarte slabe a bolnavei. Obţinem în ambele părţi vindecare per primam a plăgilor; iar după 5 săptămâni consolidare osoasă completă în partea

dreaptă; la *gamba stângă* însă *o pseudoartroză*. Masăm câteva săptămâni această gambă; în urmă intervenim, făcând o transplantare osoasă după Lexer în sensul concepţiei menţionate mai sus; însă numai la tibie. Capetele fragmentelor osoase ale peroneului le fixăm în periostul tibiei la nivel corespunzător. După 5 luni consolidarea osoasă este solidă. Bolnava umblă timp de 4 luni sprijinită pe băţ, pe urmă complect liberă. S'a căsătorit; are un copil de 2 ani şi foloseşte acest membru la mers complect nestânjenită.

Alăturăm 2 clişee; primul evidenţiind greţa osoasă după 5 luni dela transplantare, iar al 2-lea după 5 ani.



Greţa osoasă după 5 luni.



Greţa osoasă după 5 ani.

Aceasta observaţie a noastră confirmă constatarea lui *Ollier, Marchand, Barth, Axhausen, etc.*, că greţele osoase autoplastice, la

fel ca toate țesuturile vii, sunt supuse unui proces lent de distrucție și sunt înlocuite succesiv; periostul și substanța lor medulară încă iau parte activă importantă la osteogeneză.

Bibliografie: Baurer, chir. 1931; Bech Zbl, chir. 1929 și 1930; Bérard Léon-Lyon, chir. 1930; Böhler Zbl., chir. 1928 și 1930; Braut Arch., chir. 1932; Brucis Betr., 1926; Capis Zbl., chir. 1929; Dtsch. Z., chir. 239 May; Goetze Zbl., chir. 1930; K. R. Liberg Acta Soc. Med. fenn. 13—II 3; Hochmann-Pseudoartrosen 1931; König, chir. 1930; Kirschner-Operationslehre, 1930; Lenormant P. M. C.—VII 1931; Pollacco Arh. ital., chir. 26; Rhen Zbl., chir. 1933; Richard André P. M. C.—VII 1931; Tixier Presse Med. 1932.

Spitalul de Stat din Făgăraş.

Secţia de boli interne. Dr. Staneiu Stroia.

Peritonita pneumococcică

(Consideraţiuni în legătură cu 3 cazuri)

Peritonita pneumococcică este o afecţiune care se întâlneşte rar în clinica adultului şi în serviciile de boli interne, fiind mai frecventă la copii. Este una dintre bolile unde se impune colaborarea între medicul internist şi chirurg, aparţinând ambelor discipline şi fiind clasificată la limita dintre aceste două specialităţi. In tratatele clasice de medicină internă şi chirurgie de abea se aminteşte de existenţa peritonitei pneumococcice la diagnosticul diferenţial al peritonitelor.

Chestiunea peritonitelor pneumococcice a fost pusă la punct la al XL-a congres francez de chirurgie ţinut la Paris în Octomvrie 1931, de raportorii M. Brechot şi Nove-Josserand. Bine studiată de Bozzolo şi Netter, peritonita pneumococcică are caractere clinice distincte; este mai frecventă la copii, în special la cei de sexul feminin şi în cele mai dese cazuri o găsim izolată, fără a fi asociată cu o altă leziune de origine pneumococcică (afecţiune pleuro-pulmonară, otită sau meningită).

Anatomo-patologic peritonita pneumococcică se prezintă sub formă localizată sau difuză-generalizată. Diferenţa de gravitate a diferitelor forme de peritonită pneumococcică s'ar datori polimorfismului şi varietăţilor de virulenţă a pneumococcilor.

Forma difuză descrisă pe Brun de deosebeşte doar prin prezenţa diareii de celelalte peritonite acute.

Forma localizată se prezintă în regiunea subombilicală mediană unde bombează sub peretele abdominal.

Din punct de vedere patogenetic patru căi sunt posibile pentru infecţie. I. *Calea sanguină* cea mai frecventă, peritonita evoluând ca o boală primitivă. *II. Calea transdiafragmatică*, excepţională, presupunând că infecţia dela plămânul bolnav s'ar face traversând diafragmul. *III. Calea genitală*, bazându-ne pe frecvenţa mai mare la sexul feminin şi *IV. Calea intestinală*.

Raritatea cazurilor, încercarea de multe ori grea la care este pus medicul în faţa unui caz de peritonită şi importanţa diagnosticului precoce al peritonitei pneumococice m'au determinat să comunic cele trei cazuri observate şi tratate în decursul anului trecut.

Cazul I. Ana T. elevă de 16 ani, este adusă la spitat în ziua de 18 Decemvrie 1932 pentru dureri abdominale difuze, greaţă, vărsături alimentare şi bilioase, diaree şi febră ridicată, fiind bolnavă de trei zile.

Istoricul boalei: Boala a debutat brusc, în plină sănătate şi ceeace a determinat familia s'o interneze în spital, au fost scaunele diareece şi starea generală rea a bolnavei, aparţinătorii bănuind că ar putea fi cazul unei dizenterii tardive, întrucât în vara anului 1932 a fost epidemie de dezinterie în judeţ.

In antecedentele personale şi eredi-colaterale: nimic deosebit.

La examenul obiectiv se constată: O stare de nelinişte a bolnavei, faciesul peritoneal, cu ochii înfundaţi, buzele cianotice, dispnee şi atitudine forţată cu gambele şi coapsele în flexiune spre abdomen.

Aparatul respirator: Toracele de configuraţie normală bine desvoltat, cu amplitudinele respiratorii egale, bazele fiind libere la percuţie. La ascultaţie, murmur vezicular obişnuit.

Aparatul circulator: Nimic patologic, afară de o tachicardie pronunţată, pulsul fiind mic, 146 pe minut, slab bătut şi uşor depresibil.

Abdomenul de configuraţie obişnuită, nu este balonat. La palpare însă bolnava acuză dureri suportabile mai ales în etajul inferior. Nu se constată apărare musculară.

Diagnosticul de peritonită acută se impunea. La tuşeul rectal făcut bolnavei — fiind vorba de o virgo — Douglas-ul l-am găsit liber, iar zona apendiculară deasemenea nedureroasă la presiune. N'am înclinat pentru diagnosticul de apendicită pentru că ni s'a părut curios contrastul dintre starea generală toxică a bolnavei cu pulsul filiform şi 39,4° temperatură şi starea mai puţin alarmantă a abdomenului. Inexistenţa unor crize apendiculare în antecendente, diareea rebelă şi lipsa de apărare musculară în regiunea cecală ne-a determinat să luăm o atitudine de observaţie şi expectativă, tratând bolnava cu comprese reci şi de alcool pe etajul inferior al abdomenului, administrând injecţii de analeptice şi cardiotonice şi reexaminând-o tot la 2—3 ore. Hemocultură nu s'a făcut.

A doua zi aflăm bolnava remontată, temperatura având tendinţă de scădere, pulsul 120 pe minut şi simptomele peritoneale mai puţin alarmante. După criza de debut a urmat o perioadă de remisiune şi acalmie de 10 zile, în care timp temperatura s'a menţinut subfe-

brilă, oscilând între 36,8°—37,8°; vărsăturile au cedat, durerile s'au calmat şi starea generală s'a ameliorat treptat crezând că boala — fără a avea la acea dată un diagnostic precis — merge spre vindecare. Doar diarea a fost mai rebelă, fiindcă s'a menţinut vre-o săptămână, influenţându-ne spre diagnosticul de gripă abdominală şi colită?

In 29 Decemvrie, deci în a 14-a zi de boală fenomenele toxice şi peritoniale s'au agravat brusc, temperatura ridicându-se la 39,8° durerile abdominale recidivând cu violenţă. Examinând abdomenul bolnavei am constatat cu surprindere că este balonat simetric în etajul inferior, pereţii abdominali fiind depresibili.

După alte două zile, în care timp meteorismul a progresat, am aflat la percuţie şi semne de lichid liber în hipogastru; în acelaş timp la nivelul ombilicului a apărut un uşor edem cu hiperemia tegumentelor. Prin puncţia abdominală exploratoare făcută în fosa iliacă stângă, la locul obişnuit pentru puncţii, am obţinut un lichid purulent galben-verzui vâscos, fără miros deosebit-fetid, iar la examenul microscopic am aflat într'o masă de mucus, elemente celulare distruse şi leucocite polinucleare, diplococi Gram pozitivi, morfologic prezentând caracterele pneumo-cocilor.

Cultură nu am reuşit să obţinem probabil pentru faptul că pneumococi fiind microbi fragili şi pretenţioşi faţă de mediile de cultură şi-au epuizat virulenţa şi rezistenţa până au fost însămânţaţi, materialul infectat fiind trimis de noi la Laboratorul de Igienă din Braşov. Prezenţa pneumococilor însă, pe frotiul din puroiu ni s'a confirmat şi de Laborator (Dr. Căliman).

Pentru evacuarea puroiului s'a făcut laparatomie stângă, la marginea externă a muşchiului drept abdominal, aplicându-se un tub de cauciuc pentru drenare, prin care s'au făcut şi spălături cu dezinfectante şi optochină. Soluţia de 0,50% optochină bazică am avut impresia că a grăbit mult vindecarea boalei, întrucât la 3 Februarie, deci după 48 zile de tratament, bolnava a părăsit spitalul vindecată.

Cazul II. Maria P. de 23 ani, este primită în Spital pentru dureri abdominale difuze, balonarea abdomenului, vărsături şi diaree, având scaune lichide cu mucozităţi şi frecvente, 8—10 pe zi, temperatura înaltă 39° fără frisoane, fiind bolnavă de vre-o 7 zile.

Obiectiv la examenul fizic se constată: Facies peritoneal, abdomenul meteoristic uniform balonat, foarte dureros la palpare şi cu semne de lichid liber în etajul inferior. Pulmonar: nimic patologic. Cordul între limitele normale, zgomotele clare, tachicardice. Se intervine făcându-se laparatomie, fără a obţine rezultatul aşteptat,

întrucât după operaţie starea generală a bolnavei s'a agravat; din plaga abdominală s'a evacuat din abundenţă puroiu galben-verzui, gros şi vâscos; la microscop: diplococi Gram pozitiv prezenţi. A treia zi după intervenţie bolnava sucombă cu fenomene toxi infecţioase şi colaps cardiac.

Cazul III. Se referă la observaţia unei eleve de 10 ani, A. M. care acum 2 ani şi jumătate, la două săptămâni după o pneumonie, a prezentat dureri abdominale, scaune diareice, de colită mucoasă vărsături, mai apoi şi lichid liber în cavitatea abdominală, fiind considerată şi tratată ca o peritonită tuberculoasă. Examinând pe susnumita acum 5 luni mi-a părut suspectă şi curioasă lipsa de concordanţă între starea generală bună a bolnavei şi durata boalei şi am primit cu rezerve diagnosticul de peritonită tuberculoasă. De notat că eleva deşi este bolnavă de 2 ani şi jumătate, s'a îngrăşat şi are în prezent 50 Kgr. greutate la etatea de 10 ani.

La examenul fizic se constată: Ţesutul adipos şi muscular bine desvoltat şi păstrat; sistemul ganglionar normal; scheletul osos intact; sistemul nervos şi sensoriul liber.

Aparatul respirator: Toracele simetric, bine desvoltat cu amplitudinile respiratorii normale, sonoritate la percuţie şi respiraţie veziculară la ascultaţie.

Aparatul circulator deasemenea este normal. Radioscopic imaginea toracică normală.

Abdomenul destins periombilical şi puţin dureros la presiune. Aci se constată la palpare o tumoră sferică situată subombilical pe linia mediană având mărimea unui cap de copil, de consistenţă organică, aderentă de piele şi organele abdominale; exercitând o presiune mai mare asupra tumorei, am constatat că apare la nivelul ombilicului o secreţie purulentă galbenă-verzue. Bolnava şi părinţii spun că această secreţie i-a apărut spontan, la un an dela debutul boalei şi că această fistulă se închide şi se redeschide la intervale de 2—3 săptămâni, bolnava având intermitent scaune diareice şi subfebrilităţi

Bănuind o peritonită pneumococică bazat pe antecedente, pe evoluţia boalei şi prezentarea clinică a cazului am căutat să confirm diagnosticul prin analiza bacteorologică a secreţiei purulente; la microscop am găsit într'adevăr diplococi Gram pozitivi.

Bolnava refuză cu încăpăţânare şi nu se lasă convinsă de a fi operată, deschizând colecţia de puroi şi preferă să fie tratată conservativ, suportând până acum bine fistula ombilicală, care se închide şi i-se redeschide spontan.

Şi în acest caz am avut impresia că optochina bazică administrată per os în formă de tablete de chocolată a grăbit procesul de vindecare naturală, punga de puroiu diminuând treptat în volum şi consistenţă prin drenarea puroiului.

Făcând critica acestor trei cazuri de peritonită pneumococică observate în timp de un an îmi permit să deduc următoarele concluzii logice:

Conduita medicului în faţa unui caz de sindrom abdominal acut trebue să tindă în spre precizarea diagnosticului etiologic; să nu ne mulţumim cu punerea diagnosticului dealtfel uşor de „abdomen acut" şi să propunem intervenţia chirurgicală, care în cazurile de peritonită pneumococică nu este indicată la debutul peritonitei. In cazuri de peritonite pneumococice difuze, septice, nici intervenţia chirurgicală nu este eficace, pentrucă bolnavul sucombă din cauza fenomenelor toxice, iar laparatomia prin care se urmăreşte să se evacueze puroiul şi materiile septice din cavitatea abdominală, departe de a-şi ajunge scopul, justificându-şi necesitatea şi indicaţia, grăbeşte desnodământul fatal, fiindcă în peritonita pneumococică la început nu este nimic de evacuat din cavitatea abdominală, leziunea anatomică mărginindu-se la existenţa unui exudat mucos, difuzat pe suprafaţa anselor intestinale. Şocul operator şi anestezia agravează starea generală şi aşa rea a bolnavului.

Operaţia este indicată în peritonita închisă, pentru a nu expune bolnavul la fistulizări de lungă durată şi infecţii secundare.

La diagnosticul diferenţial trebue să avem în vedere în primul rând apendicita şi colita, peritonita tuberculoasă şi febra tifoidă.

Intoxicaţiuni după salvarsan şi contra indicaţiuni

Dr. Flaviu Vilt,
Medic şef C. F. R., dermatolog.

Salvarsanul este o combinaţiune de arsen (Arsenobenzol) descoperit de Ehrlich în 1910.

Inaintea descoperirei salvarsanului Gautier şi Danlos recomandau săruri de dicacodyl şi derivatele lor, atoxyl, arsocetin, arsenofenilglycin, care erau însă toxice.

Uhlenhut şi Salmon aplicau deasemenea arsenul la spirilloze, până ce Ehrlich şi Hata persistând în o muncă sistematică au ajuns să elimineze componentele toxice „organotrope" şi să menţină celea „parazitotrope" punând în practică salvarsanul (arsen, lipsit de atoxyl), care cu timpul s'a perfecţionat în neosalvarsan, mult mai puţin toxic şi mai uşor de administrat.

Salvarsanul este un praf gălbui care prin oxidare cu aerul, capătă o coloare brună, devenind foarte toxic.

Astăzi intoxicaţiunile cu neosalvarsan sunt mult mai rare şi mai uşoare ca după salvarsan, când literatura descrie multe cazuri mortale.

Simptomele cele mai frecvente observate în urma administrărei neosalvarsanului sunt: ridicarea de temperatură, frisoane, dureri de cap, diaree, vărsături, cari după câtva timp dispar, revenind la normal. Aceste simptome sunt provocate de endotoxinele libere, în urma nimicirei spirochetelor, dând reacţiunea numită Jarisch-Herxheimer, care se manifestă printr'o rozeolă generalizată, congestie, crampe epileptiforme, uremie etc.

Mai rare sunt exantemele, cari cu cât apar mai târziu, cu atât şi urmările lor sunt mai grave şi cari pot duce, prin complicaţiuni, mai ales de pneumonie, la moarte.

In toamna anului 1933, se prezintă în cabinetul meu o pacientă în etate de 23 ani, cu Wassermann positiv. La vizita făcută înaintea

începerei unei cure antiluetice, nu am găsit nimic anormal. Administrând o injecție de neosalvarsan, doza I. (0.15), seara sunt chemat urgent și constat un edem generalizat cu semne de sufocare.

Cercetând bolnava mai deaproape, văd o inflamație acută a pielei cu mici vezicule având un conținut seros, caracteristic eritemului exudativ multiform, ce se diferențiază de eritemul toxic, numai prin localizare, adecă fiind în cazul nostru generalizat, iar la cel exudativ fiind numai la extremități (dosul mânilor i picioarelor).

Acest eritem toxic a durat patru săptămâni, prezentând în primele 2 săptămâni temperatură, iar albuminurie până în a 3-a săptămână.

Dermatitele sunt deasemenea destul de frecvente, sub formă exfoliativă și tipică de arsen-hyperkeratoză cu pigmentația abundentă a feței și a toracelui, cât și melanozele, zosterul și phemphigusul arsenical;

In alte cazuri de perturbare vasomotorică, se constată edem generalizat, cu cyanoză, bradicardie, vărsături, tensiune arterială urcată și presiune insuportabilă asupra creerului, ce pot fi trecătoare sau trecând printr'o formă epileptică, pot duce la moarte.

Rezultatul autopsiei în astfel de cazuri: encephalită haemoragică, edem al creerului, dilatația capilarelor, thromboză și nephrită.

Se recomandă după primele simptome venesecție, lăsându-se 500 grame sânge și injecție de ser phisiologic intravenos.

Eventual, chiar puncție lombală, pentru a elibera de presiune, sistemul nervos central.

Rezultate foarte bune dă administrarea de injecții de soluție de Adrenalină ori suprarenină (0.001) repetate la scurte intervale.

Se descriu cazuri de icter ușor, uneori chiar grav, care prin atrofia ficatului, au dus la moarte.

Arsenul se depune în ficat dând urobilinurie.

Enteritele sunt deasemenea foarte dese.

Toxicitatea are mare influință, nu numai asupra organelor parenchimatoase, ci și asupra sistemului nervos. Afecțiunea nervoasă se poate prezenta în câteva zile sau după mai multe luni, dând paralizia nervilor principali cari sunt: nervul auditiv, optic, facial, oculomotor, phrenic, recurent, polynevrita nervilor extremităților, etc.

In orice caz, este foarte recomandabil pe lângă examinarea minuțioasă, ce se va face înaintea administrărei neosalvarsanului, să se înceapă cu doze cât se poate de mici, având atunci mai ușor șansa, de a constata intoleranța, idiosyncrazia față de arsen.

Neosalvarsanul este contra indicat în următoarele cazuri:

Ulcer grav al stomacului, myocardită, endocardită şi nevrite grave ale cordului, arterioscleroză înaintată, anevrism, basedow, aortită; — în nefritele acute şi cronice, alcoolism şi diabet grav, hepatite şi forme grave de anemie; — în afecţiunile sistemului nervos, mai ales la ochi şi urechi şi când sunt gripe, anghine şi tuberculoze forme febrile.

Se recomandă cu insistenţă ca pacientul să nu bea alcool în ziua când i se administrează neosalvarsan.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Legea pentru înfiinţarea Ligii Naţionale în contra tuberculozei

In ultimele zile ale sesiunei parlamentare s'a votat Proiectul de Lege pentru înfiinţarea Ligii în contra tuberculozei, întocmit de către Ministerul Sănătăţii.

Ideea înfiinţării acestei Ligi s'a lansat şi a primit consistenţă cu ocaziunea Congresului Naţional de tuberculoză ţinut în vara anului trecut la Cluj, când la propunerea în veci regretatului *Profesor Cantacuzino* s'a votat o moţiune în acest sens. Prin Liga Naţională în contra tuberculozei se creiază, în fine, o Instituţie mare, puternică şi cu suficiente resurse materiale, în stare să îndrumeze şi să coordoneze în cadre largi lupta anti-tuberculoasă. Socotim de util a schiţa pe scurt principalele dispoziţiuni din aceasta nouă lege importantă.

Din Ligă fac parte de drept Ministerele Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, al Apărării Naţionale, al Internelor şi Instrucţiunii Publice; toate societăţile existente pentru combaterea tuberculozei; Casa Centrală a Asigurărilor Sociale; Casa Muncii C. F. R.; Serviciul Medical C. F. R.; Eforiile Spitalelor civile, a Spiridoniei şi Aşezămintelor Brâncoveneşti; Societatea de Cruce Roşie a României; Institutul de Seruri şi Vaccinuri; Institutele de Igienă din ţară şi orice alte Asociaţii sau Instituţii cari vor fi admise de Consiliul General al Ligii.

Toate Instituţiile şi Asociaţiilor afiliate, îşi păstrează personalitatea juridică, patrimoniul şi organizaţia lor; vor activa însă după îndrumarea şi sub controlul Ligii.

In fiecare judeţ din ţară, Liga va dispune de filiale din cari fac parte organele locale ale autorităţilor, instituţiilor şi asociaţiilor mai sus enumerate.

Scopul Ligii este de a elabora planul de combatere a tuberculozei şi de a coordona şi îndruma activitatea tuturor autorităţilor,

instituţiilor şi asociaţiilor afiliate pentru o cât mai bună armonizare şi raţionalizare a luptei de combaterea tuberculozei. Pentru ajungerea acestui scop, se va tinde spre generalizarea vaccinaţiunei antituberculoase; se va face o intensă propagandă de luminare şi educaţie a marelui public; se vor creia dispensarii, sanatorii, spitale de izolare şi preventorii, a căror funcţionare se va reglementa după norme unitare de către Ligă şi tot Liga îşi va da avizul *obligator* asupra înfiinţării oricărui aşezământ sau instituţie, care se va creia pentru combaterea tuberculozei.

Conducerea Ligii se face printr'un *Consiliu General* pus sub preşidenţia activă a *Maiestăţii Sale Regelui* şi din care vor face parte delegaţii tuturor autorităţilor, aşezămintelor şi instituţiilor cari sunt membrii de drept, precum şi Primarul General al capitalei, Preşedintele Asociaţiei Generale a Medicilor, 2—8 reprezentanţi ai filialelor judeţene, 3 medici specialişti, 2 jurişti, 2 economişti, 2 ingineri sau arhitecţi şi 3—5 membri dintre persoanele cari s'au distins în în mod deosebit pe teren medico-social.

Consiliul alege din sânul său 2 vice-preşedinţi şi un secretar general, se întruneşte obligator de 2 ori în an şi are următoarele *atribuţiuni:*

1. Alege Comitetul Central de direcţie;
2. Fixează programul de activitate general şi anual al Ligii;
3. Indrumează şi controlează întreaga activitate a Ligii;
4. Aprobă proiectul bugetului anual de venituri şi cheltueli;
5. Aprobă darea de seamă şi gestiunea Comitetului Central de direcţie.

Comitetul Central de Direcţie se compune din 7 membri aleşi de Consiliul General din sânul său pe termen de 5 ani. Acest comitet are în sarcina sa conducerea efectivă a Ligii şi lucrează după normele şi directivele stabilite de către Consiliul General. In fiecare judeţ funcţionează câte un comitet local de direcţie compus din 5 membri şi stând sub controlul Comitetului Central.

Veniturile Ligii se compune din Fondul Central şi Fondurile locale.

Fondul Central se alimentează din: o cotă de 60% din venitul net al Loteriei de Stat; 60% din venitul net al taxei timbrului de control sanitar aplicat pe specialităţile medicamentoase şi cozmetice şi care timbru va fi 5% din preţul de cost a acestor produse; o cotă de 10% din venitul net al Monopolului Stupefiantelor şi o cotă de 2% din venitul net al Monopolului Alcoolului. In afară de aceste venituri se mai afectează pe seama Ligii şi toate subvenţiile cari se

vor înscrie anual *în mod obligator* în bugetele Ministerelor Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Interne, Apărării Naţionale şi Instrucţiunei Publice, contribuţia *obligatorie* a tuturor instituţiunilor şi aşezămintelor cari fac parte de drept din Ligă şi eventualele donaţiuni şi legate benevole.

Fondurile locale se alimentează din subvenţiunile anuale *obligatorii* ale judeţelor şi comunelor, contribuţia autorităţilor şi instituţiilor cari fac parte din Ligă, precum şi din donaţiunile şi legatele benevole.

Din aceste fonduri se vor acoperi toate cheltuelile împreunate cu combaterea tuberculozei, se vor creia şi întreţine aşezămintele şi instituţiile necesare şi se vor subvenţiona instituţiile existente cari activează pe terenul luptei anti-tuberculoase.

Bugetele anuale de venituri şi cheltueli se vor întocmi de către Comitetul Central şi se vor aproba de Consiliul General fiind supuse votului adunării deputaţilor.

Aceste sunt dispoziţiunile principale din legea pentru înfiinţarea Ligii Naţionale în contra tuberculozei urmând ca un Regulament să stabilească detaliile şi modul de funcţionare al Ligei.

Toată lumea medicală salută cu entuziasm şi deosebită bucurie înfiinţarea Ligii Naţionale în contra tuberculozei şi suntem convinşi că noua Instituţiune îşi va îndeplini cu adevărat marea şi nobila sa chemare. Prin unirea tuturor autorităţilor, aşezămintelor şi instituţiunilor chemate să se ocupe de combaterea tuberculozei într'o instituţie centrală mare, se creiază un organ activ care coordonează, îndrumă şi controlează întreaga activitate antituberculoasă. Lupta antituberculoasă se va putea face în viitor după norme unitare şi după cele mai noui concepţii ale ştiinţei, putându-se pune în practică şi la noi metodele întrebuinţate cu atâta succes în ţările occidentale. Va dispărea munca desordonată de până acum şi se va pune capăt, sperăm, risipei de fonduri care a caracterizat desorganizarea noastră pe terenul luptei în contra tuberculozei. Faptul că în fruntea Ligii stă însuşi Capul Statului, Maiestatea Sa Regele, face ca noua instituţiune să se bucure de un deosebit prestigiu, putând astfel activa cu o mare autoritate şi bucurându-se de încrederea şi sprijinul tuturor autorităţilor de Stat.

Pe lângă aceste avantagii de ordin moral, se asigură prin noua lege şi suficiente resurse materiale pe seama Ligii antituberculoase. Chivernisite cu pricepere fondurile Ligii, va fi posibilă creiarea unui armament antituberculos suficient pentru a se putea întreprinde o luptă serioasă şi cu depline şanse de reuşită în contra acestui teribil

flagel social. Se vor putea înființa suficiente dispensarii, spitale de izolare, sanatorii și preventorii și se va putea executa o vaccinațiune antituberculoasă generalizată pe întreg cuprinsul țării. Se va putea, prin coordonarea tuturor forțelor active, organiza o serioasă propagandă de luminare a marelui public în probleme cari interesează sănătatea publică și îndeosebi tuberculoza și în sfârșit se va putea inaugura și în țara Românească o adevărată cruciadă antituberculoasă.

Legea pentru înființarea Ligii în contra tuberculozei este bine întocmită, ea răspunde unei mari necesități a zilelor noastre, este izvorâtă dintr'o nobilă intențiune și astfel dispune de toate șansele de a putea da roadele binefăcătoare atât de mult așteptate. Sperăm că *aplicarea legii* va corespunde intențiunilor frumoase și nobile ale inițiatorilor ei și în acest caz suntem în drept a nădăjdui că tuberculoza va înceta de a mai fi una dintre cele mai importante și mai dificile probleme medico-sociale în țara noastră.

Dr. I. Stoichiția.

Plasa sanitară.

O constatare paradoxală, care se aude des în ultimul timp de când statistica sanitară a început să câştige puţin interes şi la noi, pe urma căreia avem putinţa de a studia mai profund problemele sanitare — merită să fie reţinută şi să fie supusă unei analize amănunţite. E vorba de constatarea îngrijorătoare că mortalitatea, atât generală, cât şi cea infantilă cu tot efortul oficial şi particular al ultimilor 40 ani a rămas — la noi — aproape tot timpul staţionară. Că în ultimul timp se observă o uşoară ameliorare nu poate fi contestat, dar examinând în acelaş timp mersul natalităţii din aceeaşi perioadă, ameliorarea presupusă devine în realitate un regres prin faptul că cifra natalităţii întrece — în coborâre — pe cea a mortalităţii. Prin urmare excedentul natural — indicele matematic brut al valorii capitalului biologic se află în lentă dar constantă scădere. Iată datele statistice:

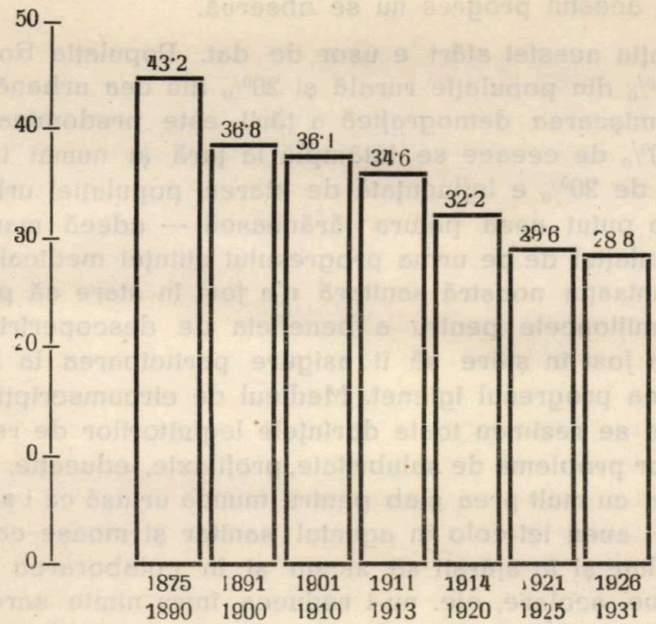
Tablou No. 1.

Mişcarea populaţiei în România între anii 1906—1931.

Anul	Natalitatea	Mortalitatea	Excedentul natural
1906	39·4	23·9	16·0
1910	38·7	24·9	14·9
1915	40·5	24·5	15·9
1920	33·8	25·9	7·8
1925	35·2	21·0	14·2
1930	35·0	19·4	15·7
1931	33·3	20·8	12·5

Grafica No. 1.

Natalitatea în Transilvania 1875—1931.



Deşi excedentul natural al ultimilor 10 ani, arată fluctuaţiuni de coborâre şi urcare, tendinţa spre regres e evidentă, media pe perioada 1920—1925 este de 17.5‰, iar pe perioada 1926—1930 de 16.4‰.

Aceste date au valori deosebite pentru provinciile istorice, aşa excedentul este mai favorabil în vechea Ţară, nesatisfăcător în Transilvania şi mai ales în Banat. Ceeace ţine la nivel urcat excedentul natural în vechea Ţară este în prima linie natalitatea extrem de ridicată, iar procesul mortalităţii, al doilea factor hotărâtor asupra cifrei excedentului natural — se menţine încă la o treaptă cu mult prea exagerată pentru a putea vorbi de o influinţă favorabilă a lui asupra acestui excedent. Avem deci aici un excedent *pasiv* în contrast cu excedentul activ produs prin reducerea limitei mortalităţii.

Reese deci că mortalitatea a fost foarte puţin influenţată în cursul ultimelor decenii. Împingând mai departe deducerile ce derivă din aceasta constatare, înseamnă că desvoltarea ce a luat ştiinţa medicală în ultimul timp, atât pe terenul diagnosticului, cât şi al terapeuticei a rămas stearpă fără efect vizibil. Dar cu progresul clinic au ţinut pas şi descoperirile din domeniul igienei; profilaxia

boalelor infecţioase a clarificat multe puncte obscure până aci, igiena colectivităţii şi individuală a trecut printr'o reformă radicală. Nici urmele acestui progres nu se observă.

Explicaţia acestei stări e uşor de dat. Populaţia României se compune 80% din populaţie rurală şi 20% din cea urbană. Asta înseamnă că mişcarea demografică a ţării este predominată în proporţia de 80% de ceeace se întâmplă la ţară şi numai într'o proporţie mică de 20% e influenţată de starea populaţiei urbane. Dar ce avantaj a putut avea pătura ţărănească — adecă marea majoritate a populaţiei de pe urma progresului ştiinţei medicale? Foarte puţin. Organisaţia noastră sanitară n'a fost în stare să pună la îndemâna ei mijloacele pentru a beneficia de descoperirile noui şi mai ales n'a fost în stare să îi asigure participarea la beneficiile ce i le oferea progresul igienei. Medicul de circumscripţie, pe spinarea căruia se rezimau toate dorinţele legiuitorilor de rezolvare a complicatelor probleme de salubritate, profilaxie, educaţie, tratament, etc., etc. era cu mult prea slab pentru munca uriaşă ce i se impunea. Ajutorul ce-l avea ici-colo în agentul sanitar şi moaşe ca personal sanitar auxiliar şi în sfârşit să zicem şi în colaborarea organelor administrative, şcolare, etc. nu-i reducea întru nimic sarcina peste măsură de grea. Oricât de mult s'ar ridica în devotament şi pasiune, rezultatul muncii rămâne mult sub eforturile cheltuite. Rezultă deci că dacă nu s'a înregistrat o ameliorare a situaţiei sanitare a ţării, învinuirea nu poate cădea asupra medicului de circumscripţie, ci asupra organizaţiei noastre defectuoase, care a aşteptat muncă supraomenească dela medic, dar căruia nu i-a pus la îndemână alte mijloace de muncă decât obligaţia de a se urca pe culmile apostolatului până la îngenunchere.

Pentru îndreptarea acestei stări s'a creat plasa sanitară.

Plasa sanitară se compune din mai multe circumscripţii sanitare până la maximum 100.000 locuitori, potrivit cu densitatea populaţiei şi căile de comunicaţie. Aceasta delimitare trebue să aibă în vedere plăşile sanitare ce se vor înfiinţa în urmă, aşa fel ca nouile plăşi să nu sufere greutăţi în delimitarea lor rațională. Se va mai avea în vedere şi condiţia ca nouile plăşi ce se vor crea să nu necesite o nouă delimitare a celor existente. Condiţia ca plasa sanitară să fie compusă din una sau mai multe plăşi administrative nu va putea fi respectată în sensul strict al legei, de altfel chiar schimbările dese şi adesea fără raţiune a limitelor plăşilor administrative ne împiedecă de a ţine seama prea mult de acest fapt.

Ca instituţii plasa sanitară dispune de un spital de plasă şi un dispensar, ambele în comuna de reşedinţă, iar ca personal avem personalul medical şi sanitar auxiliar al circumscripţiilor aparţinătoare, căruia se adaugă un singur post nou creat: medicul igienist de plasă. Prin urmare inovaţia plăşii sanitare nu constă în crearea de noui instituţii şi nou personal ci în gruparea instituţiilor vechi deja existente într'o unitate sanitară mai largă, în vederea coordonării şi raţionalizării muncii şi după cum vom vedea mai jos în vederea infiltrării unui caracter preventiv mai accentuat.

Intrucât ar putea coordona şi raţionaliza plasa sanitară munca medicului şi a personalului sanitar auxiliar în condiţiile actuale? Să examinăm chestiunea punct de punct.

Prin înfiinţarea plăşii sanitare se creează pe teren un centru tehnic de acţiune. Izolarea şi părăsirea medicului de circumscripţie dispare, el este de acum înainte angrenat într'o unitate sanitară mai complexă, unde — adevărat — munca lui va trebui să răspundă unor îndatoriri mai pretenţioase, dar în acelaş timp beneficiază de o îndrumare tehnică continuă în acţiunea lui. Controlul îl are mereu la spate şi la faţa locului, dar tot atunci va putea fi îndrumat şi ajutat în toate nedumeririle cari îi cad în cale.

Combaterea bolilor infecţioase câştigă un curs mai rapid şi mai eficace în urma faptului că la spitalul plăşii se dă preferinţă internării acestor bolnavi şi întreaga acţiune este pusă sub conducerea şi controlul unui specialist. In faţa medicului primar de judeţ, medicul igienist al plăşii poartă întreaga răspundere a acestei acţiuni, având îndatorirea de a interveni şi proceda cu toate mijloacele pentru oprirea epidemiilor. Deci el va dirigea şi va lua parte efectivă în întreaga muncă, dispunând şi luând măsuri în baza informaţiilor şi condiţiilor examinate la faţa locului, ceeace elimină şablonizarea şi raţionalizează combaterea. In raţionalizarea combaterei epidemiilor intră ca condiţie importantă utilizarea pe o măsură cât mai largă a laboratorului pentru confirmarea diagnosticului şi mai ales pentru depistarea cazurilor de secretori şi purtători cronici. Un laborator foarte modest înzestrat dar bine organizat sub conducerea medicului igienist la sediul plăşii complectează minunat serviciul şi dă întregei acţiuni un caracter ştiinţific, un caracter mai precis în locul dibuelei şi nesiguranţei de până acum.

Mai adăugăm acum şi ajutorul dat de sora de ocrotire în acest domeniu prin educaţia igienică, depistarea cazurilor nedeclarate, controlul la domiciliu al celor izolaţi etc. şi recunoaştem că în materie de luptă contra maladiilor infecţioase pentru moment şi în con-

diţiile noastre rurale s'a ajuns la o organizare completă, promptă, eficace şi în acelaş timp sub forma cea mai simplă şi puţin costisitoare.

Combaterea bolilor sociale câştigă asemenea mult, atât în volum, cât şi în metodă. Consultaţiile pentru aceste categorii de bolnavi au suferit până acum de o totală lipsă de organizare şi interes. Ele făceau parte din activitatea „accesorie" a medicului de circumscripţie pe lângă consultaţiile lui particulare. In organizarea plăşii sanitare aceste consultaţii sunt scoase din activitatea particulară a medicului şi trecute la dispensarul mixt respective casa de ocrotire. Epezienţa culeasă în plasa sanitară model Gilău tinde să demonstreze ca cea mai practică metodă, metoda consultaţiilor pe specialităţi (copii, şcolari, gravide, seneriei şi tuberculotici) în zile şi ore deosebite. Dintre aceste consultaţii cele venerice impun neapărat 2 şedinţe la săptămână, celelalte sunt suficient de bine servite prin o şedinţă săptămânală. In regiunile inpaludate şi cele cu pelagră se pot fixa consultaţii separate sau combinate şi pentru aceste maladii cu 1 maximum 2 şedinţe săptămânale.

Rolul medicului igienist în acest domeniu e de a sistematiza activitatea, de a fixa şi veghea executarea programului şi mai ales de a imprima acestor consultaţii — cu aspect terapeutic la prima vedere — un caracter preventiv din ce în ce mai larg. El supraveghează consultaţiile dela dispensar şi indică caz de caz măsurile de luat pentru cei descoperiţi a fi avizaţi la măsurile medico-sociale. Medicul igienist prin studiul continuu al fişelor medicale individuale are putinţa de a măsura şi cântări tot efortul ce se depune pentru fiecare individ în evidenţă, deci în loc să se mărginească la îndrumări vagi şi rigide el indică măsuri şi intervenţii precise „ad personam" ceeace are enorma importanţă de a ţine în curs continuu munca începută în jurul persoanelor sau familiilor şi totodată obligă atât medicul de dispensar, cât şi sora de ocrotire de a purta interes continuu problemelor de aceasta natură.

Prin studiul amănunţit al raportului lunar despre activitatea dispensarului respective casei de ocrotire observă orice regres sau neajuns ivit în cursul lunei şi are putinţa de a le elimina dela început.

In legătură cu acest serviciu de consultaţii e locul să se accentueze o chestiune de extremă importanţă. Consultaţiile dela dispensar cad de prezent în întregime în sarcina medicului de circumscripţie. Că în anumite locuri şi medicul igienist ar lua unele din ele asupra sa n'are importanţă generală şi rămâne să se decidă din caz în caz. Sugerat de ceeace s'a făptuit la plasa sanitară model Gilău unde

consultaţiile sunt conduse în parte de medici specialişti, cred că cu timpul în judeţele cu mai multe plăşi sanitare s'ar putea angaja de judeţ din medicii specialişti ai capitalei de judeţ un anumit număr de medici specialişti — mă gândesc la specialistul pentru copii şi tuberculoză, pentru un număr redus de consultaţii săptămânale în plăşile sanitare. Două consultaţii la săptămână, atât din partea puericultorului, cât şi a ftiziologului ar însemna pentru bugetul judeţului o sumă neînsemnată, în schimb chiar admiţând un număr mai mare de plăşi sanitare, fiecare dispensar va avea cel puţin o consultaţie lunară din partea specialistului, itinerariul lui stabilizându-se prin rotaţie dela dispensar la dispensar. Intre timp natural consultaţiile ar fi continuate de medicul de dispensar respective medicul de circumscripţie. Acest lucru înseamnă fără discuţie un mare progres şi o fericită deslegare a problemei pătrunderei specialistului la sate în schimbul unui efort bănesc minim din partea judeţului. E dela sine înţeles că şi medicul de circumscripţie ar profita mult în urma acestui contact periodic cu specialistul.

Am amintit numai problema boalelor infecţioase şi medico-sociale din multele probleme ale plăşii sanitare, dar omiţând în întregime restul reese în deajuns rolul şi importanţa plăşii sanitare în modernizarea serviciului sanitar rural. Totuşi nu putem trece mai departe fără a aminti în treacăt măcar importanţa intervenţiei medicului igienist de plasă în domeniul salubrităţii publice, în trezirea iniţiativei particulare şi oficiale pentru chestiuni de sanitaţie, edilitate, educaţie fizică şi morală, elaborarea planurilor de sistematizare a comunelor, îndrumări cu ocazia construcţiilor şcolare pentru înzestrarea lor cu inventarul impus de cerinţele igienice, participări la manifestări culturale şi a. m. d.

Se pune acum întrebarea prin ce se justifică nevoia medicului igienist de plasă atâta timp cât atribuţiile lui înşirate mai sus sunt şi au fost şi ale medicului de circumscripţie? La discuţia asupra combaterei bolilor infecţioase şi medico-sociale s'a insistat destul de detaliat asupra rolului particular al medicului igienist de plasă pentru a justifica în parte necesitatea lui. Ţinând seamă însă de *modul* şi *posibilitatea* prin care el îşi îndeplineşte misiunea, munca lui nu este o dublare a celei a medicului de circumscripţie ci o complectare a ei în fond şi în detaliu. Medicul igienist este după cum s'a spus îndrumătorul tehnic şi organul de control pe teren, deci rolul lui e de a interveni în toate acţiunile personalului medical şi sanitar auxiliar pentru a le da un randament maxim. Nimănui nu-i va trece prin minte să creadă că, ceeace face medicul de circumscripţie sub în-

drumarea igienistului ar putea-o face şi singur, pentru aceasta îi lipseşte pregătirea şi nu va găsi nici timpul suficient pentru problemele de medicină preventivă, din cauza preocupării lui excesive în direcţia medicinei curative. Indatoririle terapeutice ale medicului de circumscripţie nu-i lasă destulă libertate pentru a putea rezolva cu toată seriozitatea variatele probleme sanitare, ale circumscripţiei. Pregătirea lui e aproape exclusiv curativă, sau în orice caz, chiar dacă în anii de universitate s'a întrodus în studiul igienei, pregătirea lui s'a făcut în direcţia clinică, şi tocmai cu scopul de a profesa medicina curativă a intrat în serviciu sanitar. Medicul igienist de plasă este pregătit în direcţia medicinei preventive şi în plus nici o îndatorire terapeutică nu-l împiedecă de a-şi jertfi tot timpul în aceasta direcţie. Iată prin urmare atâtea justificări pentru necesitatea colaborării acestor două elemente în serviciul sanitar rural, colaborare care are un singur drum şi un singur program, iar rezultatul acestei colaborări depinde de intimitatea până la care ele se vor putea contopi, dând satisfacţia cuvenită, atât directivei curative, cât şi celei preventive.

Cu toate că argumentele invocate mai sus justifică pe deplin necesitatea funcţiunei medicului de plasă, totuşi se aud glasuri, cari refuză recunoaşterea necesităţii acestui organ de îndrumare, invocând calitatea de organ de îndrumare şi control al medicului primar de judeţ. Ori acest argument cade uşor dela sine, alta este calitatea medicului primar de judeţ şi alta cea a medicului igienist de plasă. Medicul primar de judeţ poate foarte bine să intervină ca îndrumător tehnic, dar în principii largi, în principii generali, el nici când nu se va putea coborî însă până la detalii tehnice, fiindcă îi lipseşte timpul, având administraţia sanitară a unui judeţ întreg şi mai ales îi lipsesc informaţiile şi observaţiile de pe teren, adecă tocmai elementele cari dictează munca de detaliu. Medicul primar de judeţ este organul tehnic central, medicul igienist de plasă organul tehnic de detalii.

Dreau să mai amintesc un amănunt de importanţă. Medicul de plasă este aproape în întregime lipsit de îndatoriri administrative, deci funcţia lui va fi legată numai în măsură redusă de masa de birou, în schimb va fi cu atât mai mult obligat la deplasări. Fără mijloace de transport el va fi osândit să devină un îndrumător „prin corespondenţă", adecă să-şi piardă rostul. Diurna de transport de 2000 Lei, cât i-se plăteşte în prezent este cu mult prea mică pentru a-l ajuta. Pe lângă suma de sus va trebui să se bugeteze fie la judeţ, fie în bugetele comunelor aparţinătoare plăşii o sumă cel puţin dublă a îndemnizaţiei plătite de Minister ca spese de transport.

Rezultă deci că prin crearea acestui centru de acţiune, care este plasa sanitară serviciul sanitar rural a făcut un pas mare spre modernizare. Ceeace e important de reţinut este împrejurarea, că s'a ajuns la ameliorarea serviciului nostru sanitar rural printr'o organizaţie, care necesită puţine investiţii, puţin personal şi satisface prin măsură largă cerinţele medicinei preventive, fără a neglija câtuşi de puţin cea curativă.

Dr. Ioan Cosma
medic primar al judeţului Sibiu.

Activitatea Casei de Ocrotire din Doştat judeţul Sibiu în cursul anului 1933.

Organizarea sanitară în mediu rural este o problemă căreia la noi în timpul din urmă nu i s'a dat importanţa pe care o merită, deşi populaţia rurală reprezintă 80% din populaţia totală a ţării. Alte ţări cari s'au ocupat mai de vreme de această problemă, pot să arate rezultate foarte frumoase cu privire la mortalitatea generală, mortalitatea infantilă şi celelalte probleme sanitare şi de ocrotire.

Legea Sanitară actuală caută să ridice la un nivel mai modern organizarea noastră sanitară în mediu rural, dându-i forma care se pare a fi cea mai potrivită faţă de situaţia reală, dela noi şi dă toată importanţa cuvenită problemelor de sănătate publică, pe când medicina curativă are un caracter prea individual şi incidentul cu foarte puţine efecte vizibile.

Casele de Ocrotire în comunele rurale urmăresc scopul de a pune la îndemână populaţiei pe lângă tratament şi mijloacele pentru prevenirea maladiilor; deci au menirea de a depista cât mai de timpuriu boalele sociale şi infecţioase de a tria şi îndruma bolnavii de a menţine o continuitate de acţiune prin control la domiciliu, prin examinări periodice, de a face populaţiunii şi îndeosebi mamelor educaţie pentru îngrijirea copiilor mici, etc.

In spiritul acestei concepţii a luat fiinţă din iniţiativa şi sprijinul Domnului Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia Casa de Ocrotire din Doştat judeţul Sibiu, la începutul anului 1933, cu scopul de a-şi desvolta activitatea pe întreg cuprinsul Circumscripţiei Sanitare cu acelaş nume, asupra unei populaţiuni de 12.151 locuitori.

Dela început s'a prevăzut să se compună Casa de Ocrotire dintr'un Dispensar mixt şi o Infirmerie cu o capacitate de 10 paturi, pentru izolarea celor contagioşi şi îngrijirea provizorie a bolnavilor grav până la posibilitatea internării lor într'un spital.

Până în prezent s'a putut realiza numai Dispensarul, iar restul urmează a se complecta în măsura posibilităţilor materiale.

Dispensarul se compune dintr'o sală de aşteptare şi o sală de consultaţii prevăzute cu cele necesare pentru consultarea bolnavilor. Tot aici se găseşte biroul, archiva şi fişierul pentru fişele sanitare individuale.

Personalul este compus din medicul de circumscripţie, care este şi medicul Casei de Ocrotire, apoi Sora de Ocrotire şi un om de serviciu. Medicul Casei de Ocrotire are răspunderea întregei activităţi şi este subordonat medicului de plasă sanitară respective medicului primar de judeţ.

Sora de ocrotire ajută pe medic la consultaţiile Dispensarului şi face vizitele la domiciliu după indicaţiile medicului; iar omul de serviciu asigură curăţenia localului.

Casa de Ocrotire se conduce după Regulamentul funcţionării Caselor de Ocrotire din judeţul Sibiu. Este administrată de o Comisiune administrativă compusă din: Medicul Casei de Ocrotire ca preşedinte, notarul comunei de reşedinţă ca secretar, iar ca membri preotul, învăţătorul director al comunei de reşedinţă şi toţi primarii comunelor aparţinătoare. Această Comisie verifică gestiunea financiară şi întocmeşte bugetul casei de ocrotire. Din această Comisiune se desemnează o Delegaţie compusă din medicul casei de ocrotire, notarul, preotul, învăţătorul-director şi primarul comunei de reşedinţă, care se întruneşte lunar şi rezolvă chestiunile administrative.

Bugetul casei de ocrotire din Doştat pe anul 1933—1934, a fost de 30.500 Lei, provenind 15.000 Lei dela judeţul Sibiu şi 15.500 Lei dela comunele aparţinătoare, cei din urmă repartizaţi în proporţia numărului de locuitori şi după depărtarea dela comuna de reşedinţă. Ulterior s'a majorat subvenţia judeţului Sibiu încă cu 18.000 Lei.

Medicul Casei de Ocrotire ajutat de Sora de ocrotire face zilnic, la ore fixe consultaţii gratuite pentru orişice boală şi fără deosebire de starea materială a bolnavilor. Cei veniţi la consultaţiile dispensarului sunt clasaţi în mai multe categorii şi sunt trataţi după categoria din care fac parte.

Pentru principalele categorii de bolnavi se întocmesc fişe sanitare individuale şi se ţin permanent în evidenţa Dispensarului. Astfel de fişe se fac pentru copiii sugaci, preşcolari, gravide, tuberculoşi şi venerici.

La toţi aceştia, sora de ocrotire se deplasează la domiciliu şi face ancheta socială a familiei întocmind fişe familiare care apoi împreună cu fişa sanitară individuală formează dosarul familiei respective şi se păstrează în fişierul Dispensarului. Vizitele la domi-

ciliu se repetă la intervale de timp anumite după fiecare categorie. La sugaci se face controlul la domiciliu tot la 2 săptămâni cu care ocazie se dau mamei sfaturi referitor la alimentaţie, îngrijire etc. In acelaşi timp în fişa familiară se notează condiţiunile în cari se găseşte sugaciu măsurile propuse şi cele cari au fost aplicate. După posibilitate sugacii sunt aduşi lunar la controlul Dispensarului, se cântăresc, se urmăreşte desvoltarea şi starea de nutriţie, introducându-se datele în fişa individuală. In caz de boală sunt aduşi la consultaţie şi mai de timpuriu, iar sora de ocrotire, ajută mamei în aplicarea măsurilor medicale şi igienice recomandate de medic. Sugacii din comuna de reşedinţă sunt toţi luaţi în evidenţa Dispensarului şi ţinuţi sub control, chiar dacă sunt sănătoşi şi normali.

La prenatale cu ocazia vizitelor la domiciliu se dau sfaturi practice pentru igiena sarcinei, facerei, şi leuziei.

La tuberculoză deasemenea se face anchetă socială amănunţită a întregei familii şi se ridică măsurile de profilaxie pentru fiecare caz în parte după situaţia reală existentă. Vizitele se repetă tot la 4 săptămâni, bolnavii vechi sunt aduşi la control periodic. Asemenea a se căuta a avea un control medical periodic al tuturor persoanelor în contact mai îndelungat cu cei bolnavi.

Pentru bolile venerice se procedează la fel şi li-se face tratament ambulator la sediul Dispensarului.

La bolnavii contagioşi vizitele sorei de ocrotire sunt un preţios ajutor şi control al măsurilor de izolare şi îngrijire a bolnavului mai ales că la majoritatatea acestor bolnavi, izolarea şi tratamentul trebue făcute la domiciliu din lipsă de alte posibilităţi.

Pentru bolile curente venite la Dispensar se prescriu medicamente necesare, iar în măsura posibilităţii, se distribuesc şi medicamente în mod gratuit din cele primite dela Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

In cursul primului an de activitate la Dispensarul Casei de Ocrotire s'au dat în total 2100 consultaţii gratuite, s'au efectuat 174 reacţii de laborator şi s'au ţinut în evidenţă 120 de familii. Consultaţiile repartizate după categorii au fost:

Sugaci	182
Preşcolari	147
Şcolari	211
Prenatale	26
Tuberculoză	43
Boli venerice	171
Boli curente	1320
Total	2100

Pentru această activitate s'a depus în total 436 ore de lucru.

Sora de ocrotire a făcut în cursul acestui an un număr de 1365 vizite la domiciliu.

Vizitele la domiciliu repartizate după categorii au fost:

Prenatale	25
Sugaci	926
Preşcolari	137
Şcolari	40
Adulţi	117
Femei	120

Vizitele la domiciliu repartizate după cauze au fost:

Control	1045
Boli infecţioase	14
Tuberculoză	73
Boli venerice	24
Alte boli	89
Anchete	120

Activitatea sorei de ocrotire se repartizează astfel:

Vizite la domiciliu	507	ore
Consultaţii	378	„
Birou	216	„
Activitatea şcolară şi soc.	13	„
Altele	227	„
Deplasări	389	„
Total	1732	ore

In cadrul acestei funcţiuni exterioare a Casei de Ocrotire, sora de ocrotire îndeplineşte rolul de adevărată îndrumătoare a populaţiunii rurale, în toate domeniile cari pot avea influinţă asupra sănătăţii.

După ce vom învinge rezistenţa tradiţiilor şi obiceiurilor empirice atât de înrădăcinate în mediu rural, rezultatele muncii noastre vor fi cu mult mai evidente.

Totuşi chiar numai după un an de funcţionare am putut obţine oarecari rezultate, mai ales în ceeace priveşte mortalitatea infantilă în comuna de reşedinţă, acolo unde activitatea Casei de Ocrotire a fost mai intensă. In ultimii 7 ani din cari am putut culege date absolut exacte mortalitatea infantilă a fost aşa cum se vede în tabloul de mai jos:

Comuna Doştat.

Anul	Născuţi vii	Morţi sub 1 an	Mortalitatea infantilă
1927	59	12	20.3
1928	51	6	11.76
1929	75	16	21.3
1930	54	8	14.8
1931	66	11	16.6
1932	53	8	15.1
1933	55	5	9 09

O analiză sumară a acestui tablou arată că în anul 1933, în care a funcţionat Casa de Ocrotire, am avut cea mai mică mortalitate infantilă şi această cifră este cu 6,01 mai mică decât cifra anului precedent şi cu 2,65 mai mică decât cea mai scăzută cifră întâlnită în aceşti 7 ani.

Timpul relativ scurt de funcţionare şi lipsurile cu cari ne luptăm nu ne-a permis încă o desvoltare mai largă a activităţii noastre, avem credinţă însă că acest modest început a adus o reală îmbunătăţire a situaţie în aceasta parte părăsită a judeţului nostru şi în viitor pe lângă lărgirea activităţii actuale vom putea da mai multă importanţă şi celorlalte probleme sanitare cari până acum au fost prea puţin luate în considerare.

Dr. Octavian Oprean
medic al circumscripţiei san. Doştat.

Mişcarea populaţiei în judeţul şi Municipiul Sibiu în luna Martie 1934.

Judeţ.

Numărul populaţiei la 1 Martie 1934, este de 150.262 suflete şi anume:

Români	111.339
Saşi	36.667
Alţii	2.256

Natalitatea.

S'au născut 338 copii şi anume: 258 Români, 72 Saşi şi 8 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală = 26.8‰.

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă

la Români	27.7‰
„ Saşi	23.5‰

Naşterile după sex dau 161 băeţi la 177 fete, adecă la 100 băeţi, 109 fete.

După starea civilă avem 307 naşteri legitime şi 31 nelegitime, procentul naşterilor nelegitime este deci de 10·0%. Acest procent e de 9.7% la Români şi de 10.7% la Saşi.

Mortalitatea.

Numărul decedaţilor a fost de 239 şi anume: 189 Români, 46 Saşi şi 4 de alte naţionalităţi.

Mortalitatea generală = 19.0‰.

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă

la Români	20.2‰
„ Saşi	15.0‰

Numărul cel mai mare de decese îl dau adulţii dela 60 ani în sus (46%) şi copii sub 1 an (16%).

Mortalitatea infantilă.

Numărul deceselor sub 1 an a fost de 40, dintre cari 35 Români, 4 Saşi şi 1 de altă naţionalitate.

Cifra mortalităţii infantile = 118.3‰.

Mortalitatea infantilă după naţionalităţi dă următoarele cifre:

la Români	136.6‰
„ Saşi	55.5‰

Mortinatalitatea.

S'au înregistrat 6 născuţi morţi, toţi la Români.

Raportând aceasta cifră la 100 născuţi vii, obţinem cifra mortinatalităţii de 1.7%; după naţionalităţi avem

la Români	2.3%
„ Saşi	0.0%

Observări.

In 11 comune n'a fost nici o naştere; în 10 comune nu s'a înregistrat nici un deces. In 18 comune s'au înregistrat numai decese dela etatea de 60 ani în sus, iar în 4 comune numai decese sub 1 an.

Concluziuni: Natalitatea este în urcare faţă de luna trecută, aceasta urcare este mai accentuată la Români, decât la Saşi.

Mortalitatea generală arată valori crescânde dela începutul anului, luna Martie prezentând cifrele cele mai ridicate din lunile acestui trimestru. Mai ales mortalitatea generală a Românilor este foarte urcată, până când cea a Saşilor se menţine la un nivel mai mult sau mai puţin constant.

Mortalitatea infantilă este aproape aceiaşi ca în luna trecută, e de notat şi de data aceasta cifra extrem de favorabilă la Saşi.

Mortinatalitatea arată cifrele cele mai scăzute până acum. Născuţi-morţi la Saşi n'au fost.

Municipiu.

Numărul populaţiei Municipiului Sibiu este de 49.399 de suflete şi anume:

Români	18.669
Saşi	21.594
Maghiari	6.530
Evrei	1.309
Alţii	1.297

Natalitatea.

S'au născut 64 de copii şi anume:

Români	29
Saşi	25
Maghiari	9
Evrei	1

Natalitatea generală: 15.4‰.

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români	18.60‰
„ Saşi	13.80 „
„ Maghiari	16.44 „
„ Evrei	9.12 „

Naşterile după sex dau 38 de băeţi şi 26 fete, adecă la 100 de băeţi 68 de fete.

După starea civilă avem 62 naşteri legitime şi 2 naşteri nelegitime, amândouă la români, ceiace dă un procent de 6.8%.

Mortalitatea.

Numărul decedaţilor a fost de 61 şi anume: Români 16, Saşi 39, Unguri 5 şi Evrei 1.

Mortalitatea generală este de 14.76‰.

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români	10.08‰
„ Saşi	21.06 „
„ Maghiari	8.76 „
„ Alţii	9.12 „

Numărul mare de decese îl dau adulţii dela 50 ani în sus (59%) şi copii sub un an 7.81%.

Mortalitatea infantilă.

Numărul deceselor sub un an a fost de 5, dintre cari 2 Români şi 3 Saşi. Cifra mortalităţii infantile este de 78.12‰.

Mortalitatea infantilă după naţionalităţi ne dă cifra următoare:

Români	68.9‰
Saşi	120.0 „

Mortinatalitatea.

S'au înregistrat 7 născuți morți și anume: Români 4, Sași 2 și 1 Evreu. Raportând aceasta cifră la 100 de născuți vii obținem cifra mortinatalității de 7.81%. După naționalități avem:

la Români 13.79%
„ Sași 8.00%
„ Maghiari 100.00%

Municipiu și județ întrunite.

Natalitatea generală: . . . . . 19.38‰
Natalitatea pe naționalități
la Români . . . . . 21.60‰
„ Sași . . . . . 15.27 „

Mortalitatea generală . . . . . 14.2‰

Mortalitatea pe naționalități
la Români . . . . . 15.04‰
„ Sași . . . . . 12.00 „
Mortalitatea infantilă . . . . . 12.40‰
Mortalitatea infantilă pe naționalități
la Români . . . . . 13.8‰
„ Sași . . . . . 7.86 „
Mortinatalitatea 2.3%
Mortinatalitatea pe naționalități
la Români 2.4%
„ Sași . . . . . 1.1 „
Excedentul natural . . . . . 6.3‰
Excedentul natural pe naționalități
la Români . . . . . 6.9‰
„ Sași . . . . . 4.0 „

Dr. I. Sturza,
medic șef al Municipiului Sibiu.

Dr. I. Cosma,
medic primar județean Sibiu.

Din activitatea surorilor de ocrotire din judeţul Sibiu.

Activitatea surorilor de ocrotire, afară de Plăşile sanitare model, dela Municipiul Cluj şi parte din Inspectoratul Timişoara, nu a fost nici până în ziua de azi organizată şi sistematizată în vederea obţinerei rezultatelor ce se aşteaptă dela această instituţie. Din cauză că s'a dat prea puţină atenţie activităţii pe teren, sora de ocrotire din lipsă de îndrumări şi mai ales din lipsa unui program bine stabilit a rămas cu unica grije a controlului sugacilor, neglijând toate celelalte probleme de ordin igienic şi educativ cari conform intenţiei iniţiatorului acestei instituţii, trebuiau să intre în sfera ei de activitate. S'a întâmplat deci ca sora de ocrotire trimisă pe teren dar lăsată fără sprijinul îndrumător al organelor competente, în faţa multiplelor probleme peste cari a dat, s'a intimidat şi şi-a limitat activitatea aproape exclusiv în jurul sugacilor. Ca urmare a acestei stări, sora de ocrotire are ca singur act justificativ, fişa nouilor născuţi, care se completează pentru fiecare nou-născut luat în evidenţă. Ici-colo surorile mai conduc jurnalul activităţii zilnice în baza căruia îşi întocmesc raportul lunar la sfârşitul fiecărei luni.

Dându-ne seama de aceste neajunsuri s'a introdus în judeţul Sibiu sistemul de muncă care a fost studiat şi aplicat în Plasa sanitară model dela Gilău, urmând ca în cel mai scurt timp să se introducă acest sistem în toate judeţele aparţinătoare Inspectoratului General Sanitar Sibiu.

S'a introdus deci raportul de zi (model 1) în care sora îşi trece toată activitatea desvoltată, specificată după vizite la domiciliu, activitate de birou, activitate şcolară şi socială etc. completat cu orele de muncă. Raportul de zi se întocmeşte într'un singur exemplar şi este vizat de către medicul de circumscripţie zilnic în comuna de reşedinţă şi odată la săptămână pentru surorile cu domiciliul în afară de reşedinţa medicului. In baza raportului de zi se întocmeşte raportul lunar (model 2), care se face în dublu exemplar, unul se înaintează prin oficiul medicului de circumscripţie medicului primar de judeţ până cel mai târziu ziua a 5-a a lunei, iar celălalt rămâne la arhiva sorei.

Pentru înlocuirea jurnalului activităţii de zi s'au introdus fişele familiare şi fişa de vizite repetate.

Pentru instruirea surorilor în conducerea serviciului s'au introdus conferinţele lunare la serviciul sanitar al judeţului sub conducerea

medicului primar de judeţ Dr. I. Cosma. La primele conferinţe s'au studiat rapoartele de zi ale surorilor de ocrotire dându-se îndrumări pentru întocmirea lor corectă şi unitară. Mai pe urmă pe lângă studiul raportului de zi s'au introdus conferinţele metodelor de lucru pe teren.

La conferinţa din luna Martie s'a dat surorilor pentru prelucrat 2 teme referitor la tehnica vizitelor la domiciliu. Prima temă a fost, care este comportarea sorei cu ocazia primei vizite la o gravidă nuli-pară în luna IV-a, cu starea materială mediocră, refractară la sfaturile sorei, accesibilă la toate superstiţiile.

Tema a fost lucrată de către sora Topolog E. din Turnişor, expunerea a durat 10 minute. Critica a fost susţinută de către surorile Roşca M., Chioariu M., Dancăşiu P., Olariu D. şi Simonis I.

Tema a doua, cum procedează sora cu ocazia primei vizite la un tuberculos cu bacilul Koch pozitiv în spută, cu trei copii între 3, 7 şi 9 ani, starea materială mijlocie, de profesiune comerciant, accesibil la sfaturile sorei, are rude la oraş.

Tema a fost lucrată de sora Manta V. din Gurarâului, expunerea a durat 12 minute. Critica a fost susţinută de surorile Banciu P., Roşca M., Csiky B. şi Motoc M.

Se remarcă greşala generală a surorilor de a insista prea puţin asupra chestiunilor de detaliu. Se încearcă aplicarea problemelor în linii prea generale şi adesea în mod prea ştiinţific ceiace e o greşală gravă. In ambele cazuri s'a expus un program de muncă cu mult prea vast pentru o singură vizită ceiace înseamnă că atinge diferitele puncte din program prea superficial. Sperăm însă că în scurt timp aceste conferinţe instructive le va obişnui cu munca sistematică şi greşelile observate se vor reduce.

In vederea perfecţionării şi complectării cunoştinţelor profesionale, la aprobarea dlui Prof. Dr. Moldovan, Directorul Institutului de Igienă din Cluj, surorile de ocrotire vor fi trimise în grupe de câte două pentru un stagiu de 4—6 săptămâni la Plasa sanitară model dela Gilău. Până acum au fost trimise 9 surori din judeţul Sibiu, iar mai pe urmă vom continua cu toate surorile din Inspectoratul nostru.

Atenţia şi interesul care-l poartă dl Inspector General Sanitar Dr. Stoichiţia instituţiei noastre, precum şi munca ce o depune dl Dr. Cosma, medicul primar al judeţului, ne face să credem că instituţia noastră, care zăcea într'o stare de letargie a început se învie şi se intre în adevăratele ei atribuţii, devenind un factor important în medicina preventivă, care tinde tot mai mult să ocupe locul de frunte în organizaţia sanitară.

Interesul dovedit şi de către o parte din medicii noştri primari de judeţe şi municipii, ne dă speranţe, că odată introdus acest sistem nou de muncă, în curând ne vom putea lăuda cu cele mai frumoase rezultate şi vom ajunge să fim o instituţie viabilă în organizaţia sanitară.

M. Manta,
inspectoare de ocrotire.

COPIE. Model 1.

Comuna Vale. *Circumscripţia Sălişte.*

Raportul de zi al sorei de ocrotire

Numele sorei de ocr.: Maria Bucur

Ziua 1 luna Ianuarie 1934.

I. VIZITE LA DOMICILIU

Numele	Categoria	Cauza vizitei	In evid.	Natura act. Prev.	Natura act. Terap.	Timpul dela	Timpul la	Timpul ore	Timpul min.
Ion Pop, Vale 345	S.	C.	—	/		8^{30}	8^{45}		15
Maria Roman, V. 302	P. N.	C.	—	/		9	9^{25}		25
Nicolae Mohan, V. 26	F.	Au.	—	/		9^{40}	10		20
Ilie Roman, Vale 73	Ad.	A. B.	—		/	10^{30}	10^{55}		25
Maria Roman, Vale 73	S.	C.	—	/		10^{55}	11^{10}		25
Moise Micu, Vale 149	S.	B. l.	—	/		11^{20}	11^{45}		25
Nicolae Popa, Vale 465	Obs.					12	12^{05}		15
						12^{35}			
Total .									

II. CASA DE OCROTIRE

Natura act.	Timpul dela	Timpul la	Timpul ore	Timpul min.
Cons.	2	4	2	
Total .			2	
Birou	4	4^{30}		30
Total .				30

III. Activitate şcolară şi socială

Insp. şi exam. şc.				
Conferinţe şi curs.				
Intervenţii	5	5^{30}		30
Alte	5^{30}	6		30
Total .			1	

Repartizarea vizitelor după categorii

P. N.	S.	P. Ş.	Ş.	Ad	Fam.	Total	
1	2	—	1	1	1	6	

Repartizarea vizitelor după cauză

C.	B. l.	B.C.G.	T.B.C.	Ven.	Alte boli	An.	l.	Total
3	1	—	—	—	1	1	—	6

Ore de lucru:

Nat. act.	ore	min
Vizite la dom.	2	10
Cons.	2	—
Birou		30
Act. şc. şi soc.		30
Alte		30
Deplasări	2	25
Total .	8	05

Văzut:

Dr. N. N., medic de circ.

Sora de ocrotire:

Maria Bucur

Circumscripţia Săliște. **COPIE.** Model 2.

Raportul lunar al sorei de ocrotire

Numele sorei de ocr.: Maria Bucur

luna Ianuarie 1934.

Data	Vizite la domiciliu																Act. şc. şi soc.				Casa de ocrotire (consultaţii)	Ore de lucru					
	Total	În evidenţă	Categoria						Cauza								Absent	insp. şcolară	Conf. şcolară	Interv.	Altele		Vizite	Cons.	Birou	Act. şc. şi soc.	Altele	Deplasări	Total
			P. N.	S.	P. Ş.	Ş.	Ad.	Fam.	C.	B. I.	B. C. G.	T. B. C.	Ven.	A. B.	An.	I.													
1	7	5	1	2	—	1	1	1	3	1	—	—	—	1	1	—	1			1	1		2 10	2	0 30	0 30	0 30	2 25	8 05
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
23																													
24																													
25																													
26																													
27																													
28																													
29																													
30																													
31																													
Total																													

Soră de ocrotire:

Maria Bucur.

Haţieganu-Goia: *Tratat elementar de Semiologie şi Patologie medicală. Volumul I. Cluj, 1934. Editura Cartea Românească.*

Literatura medicală românească s'a îmbogăţit cu o nouă operă de mare valoare, iar învăţământul medical românesc primeşte cel dintâi tratat original şi complet de semiologie şi clinică medicală.

Volumul I. al tratatului dlor *profesori Haţieganu şi Goia*, scris în colaborare cu asistenţii Clinicei Medicale din Cluj, se împarte în 5 capitole principale. In primul capitol se tratează *noţiunile generale de propedeutică medicală* (anamneză examenul obiectiv al bolnavului şi metodele fizice de explorare); al II-lea capitol se ocupă de *noţiunile generale de Clinică Medicală* (constituţia şi anomaliile constituţionale, sistemul nervos vegetativ şi noţiuni generale de endocrinologie), iar celelalte 3 capitole tratează *semiologia şi bolile aparatului respirator, aparatului circulator şi aparatului renal.*

Fiecare capitol cuprinde noţiunile necesare de semiologie şi clinică şi în legătură cu fiecare boală se tratează separat anatomia patologică, etiologia şi patologia, simptomatologia şi diagnosticul, diagnosticul diferenţial, prognosticul şi tratamentul, cuprinzând în mod succint toate cunoştinţele necesare, redate după concepţiile ştiinţifice cele mai noui şi azi unanim acceptate de către autorităţile consacrate şi recunoscute în această materie.

Volumul are 734 pagini, este bogat ilustrat prin cele 264 de planşe, fotografii şi radiografii originale şi este executat în condiţiuni tehnice ireproşabile.

Opera distinşilor profesori dela Cluj redă în mod fidel specificul *şcolii medicale clujene*, care inspiră într'o egală măsură dela ideologia franceză şi germană şi-a format o *gândire medicală proprie, eclectică* şi care se traduce în felul de a vedea şi proceda în domeniul atât de vast al patologiei medicale. Rezultat al acestei concepţii, în cartea dlor profesori *Haţieganu şi Goia*, găsim tratată *împreună semiologia şi clinica medicală*, o inovaţie care înlesneşte studentului şi medicului o mai uşoară şi mai bună înţelegere a diferitelor probleme tratate, iar faptul că se dă o deosebită importanţă fiziologiei, patologiei şi anatomiei patologice, încadrează acest tratat în ritmul modern al *unei gândiri fizio-patologice*, care astăzi stă la fundamentul studiului oricărei propleme de clinică.

In afară de aceasta, în partea introductivă, autorii consacră capitole speciale studiului *glandelor endocrine*, al *constituţiei şi sistemului vegetativ*, facilitând prin aceasta cunoaşterea mai profundă a raporturilor cari există între organele sănătoase şi cele bolnave şi între diferitele manifestaţiuni patologice ale acestor organe.

Astfel concepută, cartea dlor profesori *Haţieganu şi Goia* întruneşte toate condiţiunile unui *tratat modern şi complet de semiologie şi clinică medicală.* Literatura medicală românească se îmbogăţeşte cu o operă de o reală valoare didactică şi ştiinţifică, iar studenţii în medicină ca şi medicii practicieni şi medicii specialişti, vor avea la îndemână un tratat românesc original, rezultat al unei munci laborioase şi a unei experienţe clinice de peste 15 ani, un tratat care este fructul unei şcoli medicale autohtone, căreia îi datorează pregătirea medicală şi de specialitate, o serie întreagă de generaţii de medici români.

Nu ne îndoim nici o clipă că primul volum al tratatului dlor profesori Haţieganu şi Goia, se va bucura de o entuziastă primire din partea întregii lumi medicale româneşti.

is.

Revista revistelor.

Revue de laryngologie, otologie rhinologie No. 9, 1933.

H. Retrouvey: *L'examen rhino-laringologique chez les tuberculeux pulmonaires.*

Autorul expune observaţiunile sale făcute asupra aproape o mie cazuri de bolnavi consultaţi la un dispensar de tbc. A examinat căile aeriene superioare şi laringele pentru a vedea ce influenţă au fossele nasale şi naso-faringele asupra începutului şi evoluţiei tbc. pulmonare şi ce repercusiuni au diverse forme anatomo-clinice ale tbc. pulmonare asupra tbc. laringiene.

Obstrucţia nazală (prin deviaţia, îngroşarea septului, hipertrofia cornetelor) nu au nici o influenţă asupra evoluţiei tbc. pulmonare. Obstrucţia nazală poate da la vârfurile pulmonare anumite semne ascultătoare (diminuarea murmurului vezicular şi scoborârea tonalităţiei) sau radiologice voalarea supra claviculară. Sergent a descris un sindrom a insuficienţei respiratorii la adenoidieni sau alţi bolnavi cu obstrucţie nazală. Numai un examen rinologic va permite aici punerea unui diagnostic diferenţial. Laringita tbc. se observă în cursul tbc. pulmonare în proporţie destul de mare (22%). Forma ulcero-cazeoasă localizată dă mai puţine localizaţiuni pe laringe (12,5%), de cât formele ulcero-cazeoasă sau ulcero-fibroasă extensivă (23—27%). Calea de propagare a infecţiei pentru a ajunge pe laringe mai des prezenţa bacililor în spută la cei cu leziuni pe laringe, este rară. Nu se constată tbc. laringiană primitivă. Clinicește se constată un paralelism între apariţia şi evoluţia leziunilor laringiene şi între puseurile pulmonare: laringele este oglinda pulmonului; se admite calea de infecţiune limfatică.

Nu se pot determina formele de debut la laringe după formele clinice ale tbc. pulmonare căci se pot constata forme catarale, ulceroase, etc. în ori care formă clinică pulmonară. **Dr. Gheorghiu Ilie.**

Annales Médico-Psychologiques. T. II. No. 5, 1933.

In şedinţa din 19 Decemvrie 1933 a Societăţii Medico-Psihologice din Paris, au avut loc două comunicări importante, cari se complectează şi se luminează reciproc, comportând comentarii clinice şi biologice comune.

J. Lauzier, H. Baruk, M. Bidermann şi F. Blumenfeld. **Tuberculoza pulmonară a demenţilor precoci. Studiu clinic şi radiologic asupra 204 cazuri de demenţă precoce.**

Rolul tuberculozei în patogenia anumitor cazuri de demenţă precoce este îndeobşte admis. Insă prin survenirea boalei mintale se produc oare modificări în evoluţia leziunilor viscerale tuberculoase? S'ar putea crede *a priori* că turburările psihice, cu dificultatea de alimentaţie şi condiţiile de higienă defectuoasă ce le însoţesc, ar trebui să agraveze simţitor caracterul evolutiv al leziunilor tuberculoase pulmonare.

Foarte surprinşi însă de a constata tocmai contrariul, anume o stagnare sau chiar o regresiune a leziunilor parenhimatoase, autorii şi-au propus să precizeze acest fapt, bazându-se pe un studiu sistematic şi larg. In acest scop au întreprins minuţioase examene clinice şi radiologice asupra 204 demenţi precoci (60 bărbaţi şi 143 femei) dela Azilul din Clermont de l'Oise, pentru a determina cât mai exact posibil starea lor pulmonară.

Aceste cercetări au stabilit, în primul rând frecvenţa deosebită a tuberculozei la demenţii precoci. La cei 204 demenţi precoci examinaţi, s'a găsit 90 de cazuri de tuberculoză, dintre cari 82 de cazuri de tuberculoză pulmonară, deci *o proporţie de 44%*. Pentru comparaţie, au fost examinaţi în acelaş fel subiecţi atinşi de alte sindrome mintale. La aceşti 203 bolnavi nu s'a găsit decât 49 cazuri de tuberculoză pulmonară, deci *o proporţie de 24%*. Prin urmare proporţia de tuberculoză pulmonară la demenţii precoci este

aproape de două ori mai mare decât la ceilalţi psihopaţi, deşi se găsesc cu toţii în aceleaşi condiţii de higienă. Aceste constatări concordă cu acelea ale diverşilor autori cari au insistat asupra frecvenţei speciale a tuberculozei la demenţii precoci.

Formele clinice ale celor 82 de cazuri de tuberculoză pulmonară observate la 204 demenţi precoci, se repartizează astfel:

Forma abortivă: 60 de cazuri (73%).

Forma fibroasă: 17 cazuri (20%).

Forma fibro-cazeoasă: 5 cazuri (6%).

Forma cazeoasă: 0.

Tuberculoza obişnuită a demenţilor precoci are deci un caracter torpid, este o tuberculoză inactivă sau cicatricială. Tocmai de aceea o astfel de tuberculoză trece lesne neobservată şi necesită, pentru a fi depistată, investigaţii riguroase ale antecedentelor şi examene radiologice sistematice.

Şi invers, din ancheta făcută concomitent de autori în numeroase sanatorii şi servicii de tuberculoză, rezultă că tuberculoza evolutivă este foarte rar însoţită de demenţă precoce.

H. Baruk, Sauvage şi Albane. **Demenţă precoce gravă consecutivă unei tifo-baciloze. Vindecarea turburărilor mintale după o coxalgie şi o poliserită tuberculoasă.**

Este vorba, în rezumat, de cazul unui tânăr soldat, internat într'o stare de confuzie mintală onirică, însoţită de un sindrom infecţios acut (probabil o tifo-bacilloză, diagnosticată retrospectiv), şi care a prezentat apoi tabloul clinic al unei hebefreno-catatonii extrem de grave, părând definitivă; însă, fapt capital, tulburările mintale au dispărut brusc şi complect, prin survenirea succesivă a trei localizări tuberculoase evolutive: osteo-articulară (coxalgie), pleurală şi pericardică.

Cu alte cuvinte, tulburările mintale au însoţit în deosebi perioada iniţială septicemică şi perioada pre-lezională a tuberculozei, dispărând complect în perioada localizărilor fixate.

Aceste fapte clinice se reduc aşa dar la anumite procese de substituire, la o alternare curioasă a fazelor mintale şi a localizărilor tuberculoase viscerale evolutive.

Care este cauza determinată a unei asemenea metastaze? Cum se explică oare caracterul abortiv obişnuit al leziunilor pulmonare tuberculoase, în demenţa precoce?

O serie de ipoteze diverse, care poate nu sunt incompatibile, au fost emise asupra acestei probleme complexe, care se ridică la semnificaţia unui capitol de patologie generală şi a cărei deslegare rămâne în sarcina viitorului.

Dr. A. Dosios.

Dr. P. Guns (Louvain). *La cure radicale des otorrheés chroniques par le conduit et ses résultats physiologiques Revue o. r. l. No. 9, 1933.*

Se cunosc cele trei clasice metode de intervenţie asupra mastoidei Schwartze, Wolf şi Stake. Şcoala otorinolaringologică din Louvain şi autorul în special preconizează un nou procedeu: trepanaţia mastoidei prin conductul auditiv extern. Iată în câteva cuvinte tehnica: o incizie semicirculară în fundul conductului începând dela margina postero-superioară a conductului pentru a ajunge la peretele inferior (1 mm dela inserţia timpanului) dela capetele acestei incizii pleacă alte două dealungul conductului până la meat. Se trepanează la unirea marginei superioară cu margina posterioară pentru ca să ajungem în aditus dela care vom pătrunde posterior către antrum, înainte în cutia timpanului.

Pericolul cel mare îl constitue nervul facial care poate fi uşor lezat. Avantajele acestei operaţii sunt după autor multe. In primul rând bolnavul poate părăsi camera (spitalul) după 48 ore, pansamentele făcându-se prin conduct. Auzul este mai bine conservat ca în celelalte metode intervenţioniste.

Dr. Gheorghiu.

Vizita dlui Ministru al Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale la Sibiu, Sebeș-Alba și Alba-Iulia.

Instituțiile sanitare ale Sibiului au fost inspectate în ziua de 22 Aprilie 1934, de către dl *Dr. Costinescu*, Ministrul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale. Domnia Sa a sosit în localitate în dimineața zilei de 22 Aprilie a. c., însoțit de dl *Profesor Dr. Titu Gane*, Secretarul General al Ministerului Sănătății și de către Directorul și șeful de cabinet al Domniei Sale. In gara Sibiu s'a făcut înalților demnitari o primire oficială, prezenți fiind capii autorităților locale, un foarte mare număr de medici și delegați ai Camerei de Muncă și ai Asigurărilor Sociale. Oaspeții au fost bineveniți de către dl Primar al Municipiului *Dr. Eugen Piso* și de către dl Prefect al județului *Dr. N. Regman*, iar din partea Corpului Medical au fost salutați de către dl *Inspector General Sanitar Dr. Iosif Stoichiția*. A răspuns dl Ministru Dr. Costinescu, mulțumindu-le pentru primirea călduroasă și asigurând Corpul Medical de întreaga D-Sale solicitudine.

Dl Ministru Dr. Costinescu și dl Secretar General Profesor Dr. Gane, au inspectat apoi Spitalul de Boli Mintale, unde au fost conduși de către dl *Dr. Liviu Ionașiu*, medicul primar director al spitalului. Inalții vizitatori au rămas plăcut impresionați de ordinea și disciplina constatată la acest spital, precum și de buna îngrijire de care beneficiază bolnavii internați.

S'a vizitat apoi Institutul Obstetric și Ginecologic unde dl medic primar *Dr. Tănăsescu* a dat toate explicațiile necesare și a prezentat și un memoriu dlui Ministru cu toate lipsurile de cari sufere această instituție a Ministerului. S'a promis satisfacerea doleanțelor prezentate, pentru asigurarea bunului mers al Institutiei.

O vizită mai lungă s'a făcut Spitalului Public, unde au fost inspectate toate pavilioanele cu bolnavi, precum și laboratoriile și dependențele spitalului, dl *Dr. Cornea*, medicul primar director al Spitalului dând toate referințele asupra situației Spitalului și ară-

tând dificultăţile pe cari le întâmpină Spitalul din cauza lipsei de bani şi materiale. Problema asanării Spitalului Public a format obiectul unei largi discuţiuni la care au participat şi dnii: *Dr. Regman*, Prefectul judeţului, *Dr. Piso*, Primarul Municipiului, *Tâmpănariu*, Directorul Casei Cercuale, *Dr. Stoichiţia*, Inspectorul General Sanitar al Regiunei precum şi medicii primari ai Spitalului. S'a hotărât înfiinţarea unei *Eforii* pentru conducerea Spitalului şi s'a decis ca Prefectura judeţului, Primăria Municipiului, Casa Asigurărilor Sociale

şi Ministerul Sănătăţii să contribue într'o mai largă măsură la susţinerea Spitalului Public, asigurându-se astfel funcţionarea lui în condiţiuni normale.

După aceste vizite dl Ministru s'a deplasat la Inspectoratul General Sanitar, unde a primit diferite delegaţiuni rezolvind pe loc o serie de probleme cari interesează munca şi sănătatea publică.

După aceste vizite dl Ministru Dr. Costinescu însoţit de dl Inspector General Dr. Stoichiţia, de Prefectul judeţului şi o parte din parlamentarii judeţului, au vizitat o serie de comune din judeţ oprindu-se mai întâiu în comuna Orlat, unde au inspectat Aşezământul „Vatra Copiilor" şi apoi în Sălişte unde au vizitat „*Casa de Ocrotire Regele Carol al II-lea*". Dl Ministru Dr. Costinescu şi a exprimat satisfacţia şi mulţumirea asupra celor constatate la aceste două instituţii.

In comuna Cunța, dl Ministru Dr. Costinescu, dimpreună cu însoțitorii săi au vizitat echipa de medici cari executau în această comună o *anchetă medico-socială*, interesându-se în de-aproape de tehnica acestor anchete și de rezultatele dobândite prin această operă medico-socială până în prezent. După vizita din comuna Cunța, dl Ministru a participat dimpreună cu însoțitorii săi la masa echipei de medici dela ancheta medico-socială în comuna Mercurea, care a decurs într'o admosferă de intimitate și bună colegialitate. Dl Inspector General Sanitar *Dr. Stoichiția*, a mulțumit în numele medicilor Sibieni Dlui Ministru Dr. Costinescu pentru interesul și dragostea pe care o manifestă față de Corpul Medical și îl asigură că medicii înțelegându-și chemarea își îndeplinesc în toate împrejurările datoria și sunt gata de a contribui în cea mai largă măsură la toate operile de înălțare și prosperitate ale neamului, aducând reale sacrificii, în deosebi, pentru prosperitatea sănătății populației dela țară.

Dl Ministru Dr. Costinescu, în răspunsul său aduce laude și mulțumiri Corpului Medical din Sibiu, pentru opera frumoasă pe care o realizează pe teren medico-social, își exprimă satisfacțiunea constatând o deplină armonie și solidaritate în Corpul Medical Sibian unde colaborează într'o deplină intimitate medicii militari cu medicii civili, luptând umăr la umăr în serviciul sănătății publice. Domnia Sa asigură Corpul medical din țară de toată solicitudinea și de toată dragostea Sa și schițează apoi programul pe care Domnia Sa voește să-l realizeze la Departamentul Sănătății, acordând un interes deosebit problemelor sanitare din mediul rural.

După masă dl Ministru Dr. Costinescu și însoțitorii săi au vizitat o serie de comune din județul Alba și a făcut o excursie pe Valea Sebeșului, la Prigoana și Oașa.

In ziua de *23 Aprilie 1934*, a inspectat *Spitalul din Sebeș-Alba* de sub conducerea dlui *Dr. Mircea Albini* și a vizitat clădirea neterminată a Liceului din Alba-Iulia, unde urmează să se instaleze un mare Spital Central județean.

Seara cu trenul de 19.10 dl Ministru Dr. Costinescu a plecat din Alba-Iulia la București. is.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

I. Şedinţa Colegiului Medical Sibiu.

In ziua de 16 Mai 1934 s'a ţinut, în amfiteatrul Institutului de Ginecologie şi Obstetrică, a treia şedinţă din anul curent a Colegiului Medical Sibiu, sub preşedinţia dlui insp. general sanitar Dr. I. Stoichiţia. Deschizând şedinţa dl preşedinte înainte de-a intra în ordinea de zi relevă faptul că în şedinţa de azi se vor manifesta numai medici tineri cu un număr interesant de prezentări de cazuri.

Dă cuvântul dlui Dr. C. Ivan *care prezintă două cazuri de fracturi ale baltei craniene cu înfundare osoasă. După ce face în scurt o reprivire asupra fracturilor craniene, insistă mai mult asupra celor cari se limitează la baltă şi cari, ca şi în cazurile prezentate dau o simtomatologie alarmantă. In aceste cazuri una e fractură deschisă şi alta închisă, ambele cazuri au intrat în serv. dlui Doc. Dr. Filipescu în stare comatoasă, unul prezentând şi mana-plagie dreaptă sup. cu disartie. Au fost operate de urgenţă, s'au păstrat eschilele osoase şi hematomul subiacint s'a drenat. Bolnavilor în scurt timp le-a dispărut toate fenomenele de compresiune şi părăsesc spitalul vindecaţi.*

Dl Dr. C. Lungu *prezintă în colaborare cu dl* Dr. L. Ionaşiu, *director la spitalul de boli mintale, un caz de psihoză posttraumatică tardivă asociată cu halucinoză alcoholică.*

II. Un caz de epilepsie jachsoniană post traumatică, agravată prin excese etilice.

III. Un caz de confesie mentală apărută la un bolnav cu un abces palmar.

Dl Dr. Stoinescu *prezintă un caz de schizofrenie forma Hebrefrenocatatonica, ce prezintă identificări delirante în epoca de depresiune şi identificări hiperbolice în epoca de excitaţie.*

Dl Dr. A. Dosios *face consideraţiuni în jurul unui caz de catatonie schizofrenică tip Kahlbaum. Sindromul catatonic prezent având o etiologie tuberculoasă evidentă şi putând fi considerată ca o paratuberculază nervoasă, este raţional a încerca asociaţia pireto terapică şi a celor mai active tratamente antibacilare (săruri de aur).*

Iau parte la discuţii dnii Doc. Dr. Filipescu, Col. Dr. Capitanovici, Dr. Ionaşiu cari, încurajează pe medicii tineri ca şi în viitor să se prezinte cu acelaş entuziasm, tratând probleme ştiinţifice atât de interesante.

II. Activitatea medico-socială.

In ziua de 22 Aprilie 1934, s'a executat o foarte minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Cunţa. *Cu această ocaziune echipa de medici a vizitat toate gospodăriile din comună în număr de 141 şi a vizitat din punct de vedere medical* 564 *de locuitori adecă* 90,1% din totalul populaţiei *din*

comună, complectându-se pentru fiecare locuitor, în parte, câte o fişă sanitară individuală.

Echipa de medici şi personal sanitar auxiliar a fost condusă de către dl Dr. I. Cosma, medicul primar al judeţului Sibiu, care a făcut şi toate pregătirile necesare pentru anchetă. Echipa de medici a fost compusă din următorii: Dr. Cosma, Dr. Căpitanovici, Dr. Mavru, Dr. Nicolaide, Dr. Păcurariu, Dr. Gâdei, Dr. Roşca, Dr. Neumann, Dr. Bucur, Dr. Kenst, Dr. Kotschik, Dr. Dădârlat, Dr. Olariu, Dr. Dosios, Dr. Lungu, Dr. Draser şi Dr. Dobrotă. Surori de ocrotire: M. Manta, I. Simonis şi V. Buzea. Farmacişti: Popp Victor şi Domnariu. Laborant: Alexandru Duma.

Echipa de medici specialişti, a dat următoarele consultaţiuni de specialitate:

Boli interne	*20*
Dermatovenerice	*6*
Ginecologice	*17*
Oftalmologice	*16*
Otorinolaringologice	*8*
Neurologice	*6*
Extracţii dentare	*41*
Reacţii Wassermann	*41*

Au primit medicamente gratuite 112 persoane.

La această anchetă a participat şi dl Dr. Costinescu, *Ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale dimpreună cu dl Inspector General Sanitar* Dr. I. Stoichiţia *şi capii autorităţilor locale din Sibiu.* is.

Congresul Medicilor din Ardeal pentru legiferarea avortului. Din iniţiativa Colegiului Medicilor şi Reuniunei Ginecologice şi Obstetricale din Cluj, s'a organizat în zilele de 21—23 Aprilie 1934, un important Congres medical în Cluj, care s'a ocupat de importanta problemă a legiferării avortului.

Congresul s'a deschis sub preşidenţia Domnului *Profesor universitar C. Tătaru* şi a desbătut pe larg problema avortului în baza interesantelor rapoarte cari s'au prezentat de către cei mai autorizaţi reprezentanţi ai ştiinţei medicale din Ardeal. Au înaintat rapoarte asupra diferitelor aspecte ale problemei avortului domnii: *Prof. Dr. Kernbach, procuror Pastia, agregat Dr. Zolog, Doc. Dr. Popovici, Asistent Purge, Asistent Facanaru, Prof. Haţieganu, Profesor Urechia, Profesor Mihail, Profesor Pop, Profesor Grigoriu, etc.*

După îndelungate desbateri şi discuţii foarte animate şi interesante, în ziua a 3-a a Congresului s'a votat următoarea *moţiune* care s'a înaintat Ministerului de Justiţie, Facultăţilor de Medicină, Consiliului General al Colegiilor Medicale şi Corpurilor Legiuitoare.

MOŢIUNE:

Colegiul medical Secţia Cluj şi delegaţii Colegiilor medicale Secţia Mureş, Sălaj, Maramureş, Turda, Odorheiu, Arad, Someş, Asociaţia Generală a medicilor din România şi Reuniunea Ginecologică din Cluj în dorinţa de a găsi cea mai justă soluţiune problemei avortului care să satisfacă şi exigenţele ideii de justiţie şi cerinţele imperioase ale ştiinţei medicale, luând în discuţie proiectul codului penal şi ascultând rapoartele prezentate de membrii corpului profesoral. Docenţi, asistenţi şi jurişti şi după discuţia lor la cari au luat parte medici şi jurişti:

Găsesc

1. Proiectul codului penal 1934, corespunde principial cerinţelor actuale. Aprobă reprimarea avortului criminal. Cere transformarea în lege a proiectului prin care se autorizează avortul medical, eugenic şi etic. Totodată ca legiuitorul să fie logic, găsesc necesar a se introduce dispoziţiuni privitoare la prevenirea sarcinei ce va trebui întreruptă pentru consideraţiuni medicale sau eugenic. Va trebui deci să se excepteze de sub sancţiunile legii intervenţiile

anticoncepționale voluntare și cerute de părinți, după aceleaș norme ca și ale avortului medical și eugenic.

2. Pentru a se îngrădi abuzurile practice avortului medical și eugenic și pentru a pune pe medici la adăpost de urmăriri înjuste, ar fi de dorit ca Facultățile de Medicină din Țară se dreseze lista tuturor indicațiunilor după care va urma a se face aceste avorturi și care va servi drept criteriu pentru medici și justiție. Art. 482 din proiectul Codului penal ultimul alinîat va trebui refăcut astfel: „impunitatea de mai sus este asigurată numai medicului care a executat avortul după indicațiile științei sale și după normele medicale stabilite.

3. Erorile comise în practica avortului ca și erorile medicale în general, care atrag responsabilitatea medicului, nu mai pot fi lăsate la simplă apreciere a judecătorului. Pentru stabilirea lor este necesar a se consulta un for științific cum ar fi o Facultate de Medicină. La art. 78 din proiectul Codului penal se va adauga următoarele: „In ce privește medicul interdicția nu se poate pronunța decât după avizul Facultății de Medicină cea mai apropiată". Tot la acest articol după ultimul alinîat se va adăuga: „Readmiterea la exercițiul profesiunei de medic se va putea face numai pe baza unui nou examen la Facultatea de Medicină, fără considerațiuni de termin. Examenul se va face numai din materia ce a dat dovadă că nu o posedă sau cele în legătură cu ea, obținând un certificat care fără nici o altă formalitate îi va permite reluarea profesiunei". La § 465 se va adăuga: „Aceasta pedeapsă nu se va aplica medicului, decât după avizul Facultății de Medicină apropiată sau organul desemnat de aceasta".

4. In anchetarea cazurilor de avort criminal este necesar a se apela la medicii legiști chiar din primul moment al descoperirii infracțiunei, astfel că în art. 209 al proiectului Procedurei Penale alin. 2 în loc de „pot de asemenea cere" se va scrie „sunt obligați a cere".

5. Consiliul General al Colegiilor Medicale din România este invitat a fixa normele de conduită în practica avortului medical (indicații, consultul, consimțământul, specializarea, tariful, locul intervenției). Abaterile dela aceste norme vor trebui sancționate și pe cale disciplinară. Va trebui deasemeni reglementată specializarea, oprirea reclamelor deșanțate, fixarea tarifului minimal.

6. Congresul luând cunoștință de proiectul Codului Civil își însușește dispozițiile acestui proiect referitoare la filiațiunea naturală paternă și cere ca aceste dispoziții să devină lege (art. 311—313 etc.)

ts.

Dela „Societatea de Psihiatrie, Neurologie, Endocrinologie şi Psihologie", filiala Sibiu.

In ultimele şedinţe, ţinute la Spitalul de boale mintale, sub preşedinţia d-lui Director Dr. L. Ionaşiu, au avut loc discuţii asupra următoarelor teme:

19 Aprilie. — Dr. Dosios: *„Turburările motilităţei gastrice în sindromele catatonice", de Agregat Dr. Tomescu şi Ionescu-Bucşani (România Medicală", 15 Aprilie 1934) şi „Ideile de persecuţie în manie", de P. Courbon şi M. Leconte („Annales médico-psychologiques", T. I., Nr. 1, 1934).*

26 Aprilie. — Dr. Dosios: *Revista critică a noutăţilor anului 1933, în neurologie, psihiatrie şi endocrinologie (după „Le monde médical", 1—15 Martie 1934).*

3 Mai. — Prof. Bologa: *„Sufletul în cultura contimporană", de I. Lungulescu.*

Dr. I. Popescu-Sibiu: *Aspectul social al psihoterapiei. (Conferinţă).*

Posturi vacante de medici:

Un post de medic auxiliar la Spitalul din Orheiu.
Un post de medic comunal la Spitalul de contagioşi din Chişinău.
Un post de medic auxiliar la Spitalul Zalău.
Un post de medic secundar la Centrul de ocrotire Arad.
Un post de medic stomatolog la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.
Un post de medic primar la Spitalul Oradea.
Un post de medic primar la Oraşul Corabia.
Un post de medic auxiliar la Spitalul Manta-Roşie.
Un post de medic secundar la Spitalul de copii Chişinău.
Un post de medic primar la Spitalul Sighişoara.
Un post de medic primar la Spitalul Ismail.
Un post dentist la plasa sanitară model Tomeşti Osoi.
Un post de medic auxiliar la Dispensarul şi Azilul T. B. C. Iaşi.

Posturi vacante de personal auxiliar:

Câte un post de moaşă la Oraşul Dorohoi, la serviciile sanitare Dolj, Ismail, Severin, la Spitalul judeţean Târgovişte şi la judeţul Prahova.
Un post de soră de caritate la Spitalul de contagioşi Chişinău.
Câte un post de infirmieră cl. I. la Spitalul Vijniţa şi la Institutul Antirabic Cernăuţi.
Câte un post de infirmier la Spitalul judeţean Lipova-Timiş şi la Spitalul Regele „Carol I", Cernăuţi.

Un post de soră de ocrotire la plasa model județul Bihor, la Revizoratul Surorilor de Ocrotire Cluj și la plasa sanitară model Dolj.

Un post de oficiant sanitar la Spitalul Constanța.

Câte un post de agent sanitar la județele Baia, Roman, Cahul și Gorj.

Personale:

Dl Dr. Gheorghe I. Petrescu, actual medic primar director al Spitalului din Sighișoara, a fost transferat, pe ziua de 1 Maiu 1934, la Spilalul Schuller-Sfetescu din Ploești.

Dl Dr. Otto Csallner a fost numit, pe ziua de 15 Aprilie a. c., medic primar la secția chirurgicală a Spitalului din Mediaș.

Dl Dr. Modest Sireteanu, medic primar la secția boli interne dela Spitalul din Mediaș, a fost delegat director al acestui spital.

Dșoara Dr. Mânecuță Eugenia a fost numită medic secundar la Institutul Obstetric din Sibiu, în locul Dșoarei Dr. Ciobruțchi Riva, lăsată în disponibilitate.

Dl Dr. Popescu Aurel a fost numit, cu titlu provizoriu, medic al circ. Sân-Paul din județul Târnava-Mică.

Dl Dr. Gheorghe Sărăndean a fost numit, cu titlu provizoriu, medic al circ. Blaj din județul Târnava-Mică.

Examenul de medici de circ. c. f. r., publicat în Monitorul Oficial No. 42 din 20 Februarie 1934, ce urma a se ține la Direcția medicală c. f. r., din București, strada General Papadat No. 2, în ziua de 24 Aprilie a. c., s'a amânat pentrn ziua de 24 Maiu a. c.

Inscrierile la acest examen, se mai pot face până la 12 Maiu a. c.

La Curtea de Argeș s'a înființat un spital pentru bolnavi cronici incurabili, ca anexă și sub conducerea Spitalului Central I. O. V. din București.

Spitalul numără 50 paturi și va ospitaliza pe bolnavii incurabili din Spitalul Pantelimon și celelalte spitale din țară.

Plata transportului bolnavilor va fi susținută de către Societatea „Invalizii de răsboiu".

NOTA REDACȚIEI.

Rugăm pe toți pretinii și cetitorii noștri să trimită prin poștă abonamentul la revistă. Cei cari nu doresc să fie între abonații revistei noastre sunt rugați a ne restitui revista, cunoscând că nerestituirea o considerăm ca și abonament.

REDACȚIA.

LABORATORUL „MEDICIS“

Bucureşti I., Str. Bărăţiei Nr. 48

Medicamente de mare valoare terapeutică.

FORTOGENE

Compoziţia: 10% Calc. glicerofosforic, Extr. Kola şi strichni, Vin de Malaga.

Tonic recalcifiant puternic, reconstituant remarcabil al sistemului nervos şi osos. Gust delicios. Fl. orig. 350 gr.

Doza zilnică: 3 linguri de supă înaintea meselor pentru adulţi
3 linguriţe de cafea înaintea meselor pentru copii.

EUPECTIN-SIROP

Compoziţia: Kaliumsulfo-guajacolic 4%, Ephedrină naturală o. 10% Nat. Benzoic 6%, Luminal natr. o. 10%, Codeină o. 10%, Chlor Ca. 2%, etc. Excipient. Sirop de portocale vantlat.

Indicaţiuni: Expectorant şi îndeosebi Calmant neîntrecut în: Tuse, Tuse convulsivă, Astm, Bronşita acută şi cronică, Afecţiuni pulmonare. Acţiune terapeutică eficace frapantă. Gust foarte agreabil.

Doza zilnică: Adulţi 3 linguri de supă.
Copii dela 3 ani: 2—3 linguriţe de cafea.
Copii mai mici: Mai puţin, după apreciere.

Preparatele se pot avea la toate Farmaciile şi Droguerile din ţară. Depozitele Engros de medicamente. **Pentru Sibiu, DEPOZITUL ENGROS**

ALFRED ENGBER

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm :

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU : Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile : Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Anul I. No. 5. 10 Lei Exemplarul. 15 Iunie 1934.

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNII SIBIIU

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretari de redacție:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comșa, I. Cosma, G. Ghițescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuș, L. Ionașiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roșca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacția: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administrația: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

ASOCIAȚIUNEA SIBIIU

SUMAR:

Articole științifice:

Prof. Dr. Victor Papilian: Sincopa adrenalino-cloroformică Pag. 255

Dr. N. Onaca și *Dr. A. Nana:* Tratamentul chirurgical al gangrenei spontane a membrelor în legătură cu 140 cazuri . . . . . „ 260

Dr. A. Burlă: Cancerul și mijloacele de tratament . . . „ 271

Dr. Vintilă I. Ion: Contribuțiuni la hematomul post-partum al labiei mari . . „ 275

Dr. Horațiu Tanăsescu: Un caz de anomalie uro-genitală „ 278

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Rostul și importanța anchetelor medico-sociale . . . . . Pag. 283

Dr. Ioan Cosma: Evidența grafică a boalelor contagioase „ 286

Dr. Eugeniu Dobrotă: Un an de activitate a Casei de Ocrotire din comuna (Jina) Sibiu . . . . . „ 289

Dr. Ioan Cosma și *Dr. Ioan Sturza:* Mișcarea populației în Județul și Municipiul Sibiu in luna Aprilie 1934 „ 293

Revista revistelor . . . . „ 296

Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 301

Note și informațiuni . . . „ 302

Sanatorul Dr. Ittu

Informațiuni, prospecte și birou de primire
Sibiu, Str. Regina Maria 36
Telefon 280.

Institut dietetic, fizioterapeutic, familiar, cu confort și instalațiuni moderne. In camere apă rece și caldă curgătoare, încălzire centrală, apaduct dela munte, canalizare, lumină electrică, parc, plaje cu duș în plin soare etc. Hidroterapie completă cu cele mai diferite dușuri și putini. Băi medicamentoasă, băi în spumă și sub spumă. Băi acido carb, normale și sub spumă. Băi oxygen și Kneipp. Băi perle de aer liber sau sub spumă. Masajuri normale, masaj aqual și subaqual. Injecții, Electroterapie, Raze Röntgen, Raze ultraviolete Quarz, Solux, Raze infraroșii, ultraroșii, albastre, violete. Dușuri de aer cald și rece. Diferite termofoare. Cabinet special pentru inhalații și pulverizații. Microscopie și analise medicale. Sanatorul e lângă marele parc „Sub arini" în o admirabilă poziție, la 442 m. altitudine, în legătură cu centrul orașului și pădure cu tramvai electric iar cu băile Ocna-Sibiu la oră. E întreg anul deschis. Se primesc convalescenți surmenați, anemici. nervoși, hipertensivi, cardiaci, diabetici, artritici, tabetici, lumbago, ischiaș reumatism și diferite debilități, boale de stomac etc. Se face cură de îngrășare și de slăbire prin dietă, masaj și prin băi speciale, cură de refacere după operații grele, cură pentru Basedow. Pentru damblagii, drepresiuni, oboseli trupești și sufletești, indispoziție de muncă, diferite morburi de nervi, perturbări senile sau sexuale se face o cură specială prin oxydarea corpului cu hormoni-vitamine. Nu se primesc tbc. nici mintali bolnavi. Prețuri moderate — conform timpului.

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile, costă Lei 85·—.**

In special indicat:

La **toate formele de Anemii** (Fe, Mn) **Maladii nervoase** (P)-neurastenie; **Tulburări digestive**-neuroza şi ulcer gastric; **Stările de slăbire şi extenuare; Eczeme cronice** (As); **Terapia nespecifică a tbc.** (împuţinarea secreţiilor prin mangan). **La cerere eşantioane gratuite!**

Avantagiile principale:

Biotonicum are un efect însemnat în urma conţinutului său de fier şi mangan sub formă colloidală.

Biotonicum are un gust foarte bun şi agreabil, fiind suportat de orice stomac sensibil, ba îl iau cu predilecţie şi copiii.

Biotonicum este embalat cu gust şi estetic, mai sobru decât preparatele analoage străine.

Biotonicum este cu mult mai ieftin ca celelalte tonice, se poate prescrie cu şi fără arsen, adăugându-i-se şi Cola sau strychnină în caz de lipsă, ceia ce-l face adaptabil unui tratament individual.

Biotonicum-ul se prepară în modul cel mai conştiincios din sacharat de fier mangan Helfenberg şi glicerofosfat Merck.

Biotonicum prin experienţele multe din ultimii 10 ani şi-a asigurat atenţiunea şi încrederea medicilor prin compoziţia sa uniformă, prin ambalajul său estetic, prin gustul său plăcut şi asimilabilitatea sa uşoară precum şi eficacitatea sa mare, justificându-şi totodată un nume ca preparat sugestiv şi un stimulent de îndreptare.

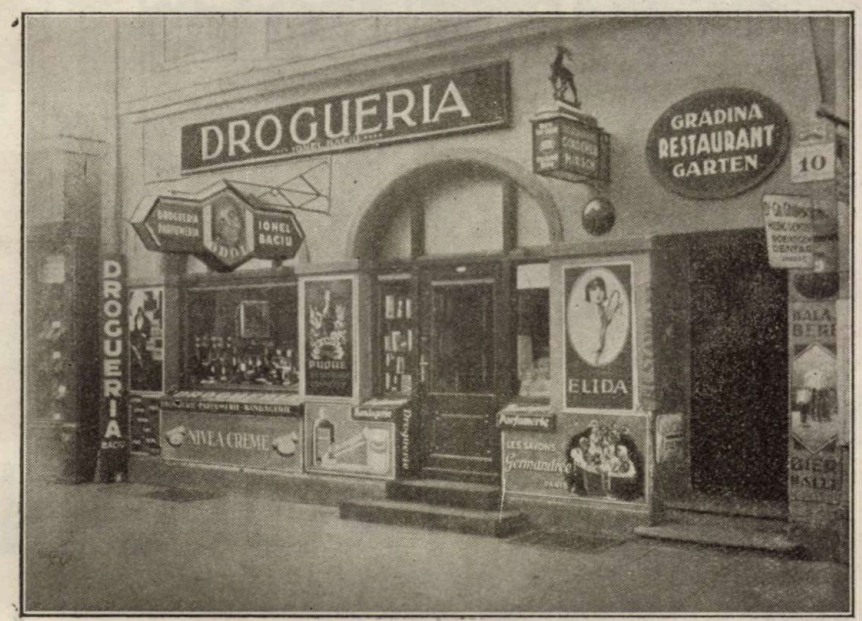
Biotonicum se întrebuinţează cu preferinţă de cei mai mulţi medici în clinici, spitale şi sanatorii.

Farmacia „La Primărie“ O. Alesi, Sebeş-Alba.

Anul I. Nr. 5. 10 Lei Exemplarul. 15 Iunie 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINA ŞI ORGANIZARE SANITARĂ



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

SIBIU, 1934

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

CAMPOLON

EXTRACT DE FICAT INJECTABIL
FOARTE ACTIV
după Prof. Gänsslen, Tübingen

Pentru tratamentul continuu a anemiei pernicioase cu doze mari şi a tuturor anemiilor de etiologie neclară.

Pentru accelerarea reconvalescenţei şi ca adjuvant în tratamentul pentru îngrăşare.

Măreşte puterea de coagulare a sângelui în hemoragii.

Ambalaje originale:
Cutii cu 5 resp. 25 fiole de 2 cc.
„ „ 3 „ 15 „ „ 5 cc.

BAYER

„Bayer"
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre şi literatură prin reprezentanţii gen. pt. România:
„Pharma" Studerus & Co., Bucureşti II., str. Brezoianu 53.

Institutul de anatomie descriptivă şi topografică
Director: Prof. Dr. V. Papilian.

Sincopa adrenalino-cloroformică.

(Studiu experimental).

de Prof. **Dr. Victor Papilian.**

E cunoscută proprietatea adrenalinei „de a reanima inima sleită sau paralizată prin acţiunea toxică a cloralului, sărurilor de potasiu sau cloroform" *(Tournade)*. Această proprietate ţine la cele două însuşiri capitale ale adrenalinei, cea de a accelera numărul bătăilor cardiace şi cea de a augmenta energia lor, proprietate, care a servit clinicienilor pentru tratamentul diferitelor stări de colaps şi chirurgilor în combaterea sincopelor produse de narcoză *(Tournade)*. Pe de altă parte se ştie că rezistenţa omului ca şi a animalelor la adrenalină este destul de mare. Dozele mortale variază după animal şi după felul de introducere a substanţei. In injecţiuni intravânoase, doza mortală este de 0mgr.1—0mgr.2 pe kilogram, pentru iepuri şi cobai; 0mgr.3 pe kilogram pentru câine; 0mgr.5—0mgr.8 pentru pisică. In injecţiuni subcutanate, dozele mortale sunt şi mai mari: 8—10 mgr. pe kilogram pentru cobai şi iepure; 5—6 mgr. pentru câine *(Tournade)*.

Bazat pe aceste date — proprietăţile fiziologice deoparte, rezistenţa la intoxicaţiune pe de altă parte, s'a justificat întrebuinţările în cantităţi cât mai mari a adrenalinei, pentru tratarea sincopelor produse de narcoză.

In 1911 *A. G. Lévy* a arătat experimental că asociaţiunea cloroformului cu adrenalina poate să dea un accident mortal, accident, care a fost numit sincopa adrenalino-cloroformică. Fenomenul acesta e susceptibil de o exprimare grafică. Dacă unui câine anesteziat cu cloroform i se injectează intravânos o cantitate foarte mică de adrenalină (0mgr.01—0mgr.02 pe kilogram), curba de presiune arată o ridicare caracteristică adrenalinei, cam la un interval de 10 până la 15 secunde dela injecţiune; apoi deodată curba scade brusc, se văd câteva tremurături pe grafică, indicând fenomenul de fibrilaţiune

cardiacă. In timpul acesta animalul continuă să respire, apoi după câtva timp (10—30 secunde) respiraţia se opreşte şi animalul, sucombă. Detaliu important: orice manoperă pentru readucerea la viaţă a animalului (respiraţia artificială, tracţiunea limbei) este inutilă: moartea e definitivă.

Acest fapt experimental are şi o aplicaţiune practică. S'au citat de către *Blumenfeld, Jones, Wilson. Deprée, Fleming*, sincope mortale la om când în cursul operaţiunilor sub cloroform „s'a injectat adrenalină fie în mucoasa septului nazal, fie în ţesutul muscular, fie în parenchimul uterului". (După Bardier şi Stilmunkés).

După cum vedem sincopa-adrenalino cloroformică diferă de sincopele cloroformice obişnuite, prin imposibilitatea de a readuce animalul la viaţă. Următoarea experienţă a lui *Tournade, J. Malméjac şi A. Djourno* arată deosebirea dintre cele două feluri de sincope. Unui câine căruia i se dă prin inhalaţie o cantitate mare de cloroform, i se poate produce o sincopă, nu prin „cardio-inhibiţiune reflexă" ci prin „acţiunea toxică" a anesteziculuí.

O injecţiune intrajugulară sau cardiacă de adrenalină (însoţită de respiraţie artificială şi masajul inimii) permite la acest animal reanimarea lui (după un interval de 10 până la 40 minute). Dacă acest câine, astfel readus la viaţă, din nou după câteva ore se cloroformizează şi i se dă o injecţie de adrenalină intravânoasă, atunci se produce imediat o sincopă adrenalino-cloroformică, iremediabil mortală. Prin această elegantă experienţă a lui *Tournade, Malméjac şi Djourno* s'a putut realiza la acelaş animal, ambele feluri de sincopă, tot deodată demonstrându-se caracterul lor diferenţial.

Injecţia de adrenalină intravânoasă nu produce sincopa, dacă animalul este anesteziat cu eter; găsim şi în acest fapt un caracter propriu al sincopei de care ne ocupăm. In schimb s'au putut produce sincope asemănătoare, dacă în loc de adrenalină s'a injectat nicotină, lobelină, hordenină, anagyrină, s'au descris astfel sincope nicotino cloroformice, lobelino-cloroformice, hordenino-cloroformice şi anagyrino-cloroformice.

De asemenea s'a văzut că şi cloroformul poate fi înlocuit cu un derivat clorat al metanului; s'au descris astfel sincopele adrenalino-mono, di- şi tetraclorometanice, după cum se utilizează clorurul de metil (CH_3Cl), clorurul de metilen (CH_2Cl_2) sau tetraclorurul (CCl_4) *(Herman, Portes, Jourdan)*.

Intre toate sincopele asemănătoare cu cea adrenalino-cloroformice este sincopa produsă cu extras de Spartium scoparium. Acest extract prezintă mare asemănare farmaco-dinamică cu adre-

nalina (hipertensiune, vasoconstricția vaselor abdominale, glicemie etc.); așa că injecția lui era natural să dea o atare sincopă. Vom vedea că celelalte sincope (lobelino-, anagyrino-, nicotino-, hordenino-cloroformice) deși în aparență asemănătoare sunt în realitate întrucâtva diferite.

Există oare condițiuni în care această sincopă este împiedecată sau dimpotrivă favorizată?

Douglas susține că o injecție anterioară de adrenalină împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice; *Bardier și Stilmunkés* prin cercetări de control combat această ipoteză. Deasemenea *Hamet* susține că o injecție prealabilă de pilocarpină, favorizează producerea sincopei.

Cercetările făcute în laboratorul Institutului de Anatomie din Cluj au arătat în această privință câteva date caracteristice. Am văzut că eterul folosit ca narcotic nu produce sincopa. De asemenea nu se produce sincopa dacă în loc de cloroform întrebuințăm amestecul de eter-cloroform. Totuși experiențele lui *V. Papilian, I. Cosma* și *I. G. Russu* au arătat că la animalele anesteziate cu eter cloroform, la care se extirpă splina sau se leagă vâna splenică, o injecție de adrenalină produce sincopa caracteristică. In schimb aceiași autori au arătat că la animalele narcotizate cu cloroform, deci în iminență de sincopă, dacă prealabil se scoate splina și pancreasul, sincopa nu are loc. In ceeace privește împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice, *Victor Papilian, T. Spătaru* și *V. Preda*, au arătat că sincopa poate fi împiedecată dacă prealabil se injectează o cantitate de pilocarpină. Experiențele în acest sens au fost constante. O injecție de 0gr.002 pilocarpină pe kilogram de animal modifică grafica adrenalinică. Curba se ridică mai încet, urmează un platou indicând hipertensiunea, după care urmează o scădere lentă.

In ceeace privește mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice, o explicație sigură a fenomenului nu avem. Vom încerca însă totuși o interpretare, la lumina faptelor enunțate mai sus.

Mai întâiu trebue să facem o distincție. Mecanismul sincopelor nicotino-, lobelino-, hordenino-, și anagyrino-cloroformice diferă de cea adrenalino-cloroformică, întru acea că substanțele necesare injecției (nicotina, lobelina, hordenina, anagyrina) produc o hipersecreție de adrenalină și adrenalina la rândul ei produce sincopa. Faptul a fost demonstrat de către *Tournade, Chabrol, Malméjac* și *Sénenet*. In schimb sincopa prin extractul de Spartium scoparium credem s'o apropiem de cea produsă prin adrenalină, dat fiind identitatea farmaco-dinamică a celor două substanțe.

Am văzut că între sincopa adrenalino-cloroformică şi sincopa cloroformică obişnuită este deosebire profundă. La cele notate mai sus trebue să reamintim că în sincopa cloroformică obişnuită, cantitatea de adrenalină este scăzută. Şi totuşi există o importantă asemănare: ambele sincope sunt caracterizate printr'o fibrilaţiune cardiacă, fapt de mare importanţă în interpretarea fenomenelor.

Un alt fapt asupra căruia trebue să insistăm e următorul: sincopa adrenalino-cloroformică este de natură periferică. Într'adevăr secţiunea ambilor vagi nu împiedecă producerea ei.

Şi atunci ne găsim în faţa a două ipoteze. După prima ipoteză sincopa adrenalino-cloroformică e produsă prin acţiunea directă a anesteziclor asupra inimii. Se ştie că adrenalina măreşte acţiunea unor agenţi anestezici fie locali (cocaina), fie generali (cloraloza, cloroform). Se ştie pe de altă parte că cloroformul pune inima într'o stare de instabilitate vecină de fibrilaţiune. Prin urmare la inimă cu iminenţă de fibrilaţiune intercalându se brusc o cantitate de adrenalină, substanţă prin acţiunea ei augmentatoare, va produce imediat fibrilaţiunea şi deci moartea *(Bardier, Stilmunkés)*.

O altă ipoteză este cea a unui desechilibru brusc vago-simpatic. experienţele lui *Bouckaert* şi *Heymans* pledează în acest sens. Aceşti autori au căutat să vadă dacă sincopa adrenalino-cloroformică nu este în raport cu activitatea sinului carotidian „a cărui importanţă este decisivă în menţinerea echilibrului vago-simpatic". Bouckaert şi Heymans secţionând nervii sinu-carotidieni şi depresorul au împiedecat sincopa.

Experienţele de control (încă nepublicate) făcute în colaborare cu *C. Antonescu* au arătat exactitatea acestui fenomen.

Concluzia noastră ar fi favorabilă acestei ipoteze a desechilibrului vago-simpatic. De aci a pornit şi ideia de a preveni sincopa prin o injecţie prealabilă de pilocarpină. Am văzut că scoaterea pancreasului împiedecă producerea sincopei. Acest fapt îl explicăm prin faptul că pancreasul are un rol hipotensiv foarte important. Gley şi Kiskinos au putut obţine extracte de pancreas desinsulinizate cu acţiune hipotensivă (Alessandri). Pe de altă parte pancreasul supraveghează excitabilitatea reflexă a centrilor pneumogastrici prin ajutorul unui hormon, diferit de insulină, numit vagotonina *(Santenoise Tinel, Garrelon)*. Vagotonina a fost întrebuinţată, ca să împiedece sincopa adrenalino-cloroformică. Şi acest fapt ne-a condus la tratamentul preventiv al sincopei adrenalino-cloroformice prin pilocarpină. Fiind vorba de un desechilibru vago-simpatic, prevenim o exagerată acţiune a simpaticului printr'o ridicare a tonusului parasimpaticului.

Concluziuni: 1. Sincopa adrenalino-cloroformică se produce de câteori la un animal cloroformizat se introduce o cantitate mică de adrenalină intravânos.

2. Este un accident posibil şi omului.

3. Sincopa adrenalino-cloroformică se produce după toate probabilităţile printr'un desechilibru vago-simpatic.

4. Pilocarpina prealabil injectată o împiedecă.

5. Narcoza cea mai favorabilă este pentru practica medicală cea cu eter.

Literatură.

A. Tournade. Étude physiologique des capsules surrénales (Trayté de physiologie Roger).

Bardier, Stilmunkés. De la mort par l'adrénaline au cours de l'anesthésie. Comptes rendus. Soc. Biol. 1922. T. 87.

Bardier, Stilmunkés. Syncope nicotino-chloroformique. Comptes rendus. Soc. Biol. 1923. T. 88.

Bardier, Stilmunkés. Chloroforme et adrénaline. Comptes rendus. Soc. Biol. 1925. T. 93.

A. Tournade, M. Chabrol, J. Malméjac. Sur le mécanisme de la syncope nicotino-chloroformiques. Comptes rendus Soc. Biol. 1926. T. 94.

A Tournade, G. Sénevet et J. Malméjac. Comptes rendus. Soc. Biol. 1928. T. 98.

L. Garrelon, D. Santenoise et A. Le Grand. Action du pancreas sur le tonus et l'excitabilite pneumogastrique. Comptes rendus. Soc. Biol. 1925. T. 93.

J. Bouckaert et C. Heymans. Syncope adrénalino-chloroformique et sinus carotidiens. Comptes rendus. Soc. Biol. 1930. T. 105.

Clinica chirurgicală Cluj
Director: Prof. Alex. Pop.

Tratamentul chirurgical al gangrenei spontane a membrelor în legătură cu 140 cazuri

de
Dr. N. Onaca şi **Dr. A. Nana.**

Gangrena spontană a extremităţilor se bucură de un număr atât de mare şi variat de tratament, ca nici o altă afecţiune, care atacă organismul uman. Cauza acestei tatonări în tratamentul gangrenei extremităţilor este, că nici până în prezent nu cunoaştem etiologia acestei afecţiuni şi în consecinţă nu poate fi vorba de un tratament cauzal. S'au imaginat numeroase procedee terapeutice conservative cu scopul de a împiedeca desvoltarea gangrenei şi de a diminua suferinţele bolnavului.

Tratamentul medicamentos se aplică uneori cu rezultat, când îl utilizăm în faza iniţială a boalei, adică în faza pregangrenoasă.

In aceasta fază suferinţa bolnavului este dată de o tulburare funcţională vasculară (spasme) produsă prin iritaţiunea sistemului simpatic perivascular. Aceste tulburări le putem influenţa prin tratamentul medicamentos, care produce o circulaţie sanghină mai abondentă în vasele a căror calibru a fost diminuat prin spasm şi leziunea organică a pereţilor, pe de altă parte favorizăm desvoltarea unei circulaţii colaterale.

Pentru a produce o dilatare vasculară a zonei ameninţate a membrului bolnav s'au întrebuinţat medicamente şi procedee terapeutice începând dela aplicarea simplă de căldură local până la procedee operatorii dificile din punct de vedere a execuţiei lor.

După cum am mai amintit aceste procedee terapeutice dau rezultate numai în cazurile incipiente, ori noi în clinică am constatat că aproape toţi bolnavii se prezintă în faza de gangrenă a boalei. Şi în aceste cazuri tratamentul suntem datori să-l începem tot prin aplicarea procedeelor conservative medicamentoase, pentrucă evo-

luţia boalei variază dela caz la caz, la unii evoluiază lent şi trec ani de zile până ce se gangrenează câteva degete. Uneori regresiunea tulburărilor este aşa de completă şi de lungă durată încât putem vorbi de o vindecare. Vindecarea definitivă însă prin acest tratament este foarte rar, gangrena este faza terminală a boalei aproape în toate cazurile. Gangrena este parcelară şi se produce în etape din care cauză unii autori sunt conservativi în ceeace priveşte tratamentul acestei boli.

In alte cazuri evoluţia este mai acută şi gangrena progresează mai rapid cu toate că examenul oscilometric arată oscilaţiuni cari se apropie de normal la nivelul membrului bolnav.

In aceste cazuri intervenţia chirurgicală radicală este urmată de o sfacelare a lambourilor şi o exacerbare a procesului gangrenos necesitând o reamputaţie.

Problema cea mai grea pentru un chirurg pus în faţa unei gangrene a membrelor este de a determina nivelul până unde are membrul o irigaţie suficientă, pentru susţinerea vitalităţii ţesuturilor, pentrucă de aceasta depinde toată terapeutica dar mai ales cea operatorie. Cea mai simplă probă pentru a căuta insuficienţa circulatorie locală este palparea pulsului la nivelul pedioasei, tibialei posterioare, în regiunea poplitee etc. Acest procedeu ne dă foarte puţine date asupra circulaţiei arteriale.

Moskovicz se foloseşte de hiperemie locală, care se produce la nivelul unui membru golit în prealabil de sânge şi a cărui circulaţie sanghină a fost oprită pentru 5 minute. Apariţia tardivă sau lipsa completă a hiperemiei ne dovedeşte insuficienţa sau lipsa circulaţiei sanghine în acea regiune. Această probă simplă are neajunsul, că ne dă relaţiuni numai asupra circulaţiei superficiale.

Tot pe acest mecanism se bazează şi procedeul lui *Cosăcescu* numit şi „*dunga vazomotrică*". Acest procedeu la fel ne evidenţiază numai circulaţia capilară superficială, neglijând cea profundă.

Explorarea oscilometrică a funcţiunii arteriale a fost introdusă în practică de şcoala din Bordeaux. Indexul oscilometric a fost calificat ca un criteriu obiectiv a vitalităţii membrului. Este exact, făcând o amputaţie într'o regiune unde indexul oscilometric este normal vindecarea se face per primam. Vindecare per primam putem să avem însă şi dacă operăm într'o regiune în care oscilaţiunile sunt absente. Deci ea ne arată starea vaselor mari profunde neglijând complet circulaţia superficială capilară.

Luând în considerare neajunsurile procedeelor exploratorii descrise mai sus, autorii au căutat să se folosească de metode mai

precise pentru punerea în evidenţă a circulaţiei arteriale prin injecţii de substanţe opace în arteră, care apoi să fie radiografiată. Arteriografia întrebuinţată primadată de *Sicard* a luat o desvoltare extinsă, fiind aplicată azi în nenumărate afecţiuni şi de altă natură.

La noi primele arteriografii au fost executate de Prof. Iacobovici şi elevii săi încă din anul 1930. Rezultatele obţinute prin aceste arteriografii au fost publicate de Prof. Iacobovici în şedinţa societăţii ştiinţelor medicale din Cluj şi la congresul naţional de chirurgie din Bucureşti din anul 1933. Prin arteriografie ne dăm seama de locul obstrucţiei vasculare, de forma acestei obstrucţii şi de gradul de irigaţie sanghină a membrului bolnav. Aplicarea acestui mijloc de exploatare o voi expune cu ocazia discuţiei tratamentului chirurgical al afecţiunii.

Tratamentul chirurgical al gangrenei spontane a membrelor se împarte în două mari grupe: I. Tratamentul chirurgical conservativ şi II. Tratamentul chirurgical radical. Le vom discuta ambele referindu-ne la cazurile noastre.

I. Tratamentul chirurgical conservativ al gangrenei extremităţilor poate consta din operaţiuni aplicate la distanţă de focarul de gangrenă, cu scopul de a diminua durerile şi a mări debitul sanghin în membrul bolnav; acestea sunt operaţii aplicate asupra simpaticului, ele mai pot fi aplicate asupra vaselor sanghine tot cu scopul de a mări debitul circulator.

Ligatura vinei femurale propusă de către *Oppel* cu scopul de a produce o stază venoasă prin care să mărim vitalitatea ţesuturilor. Acest procedeu terapeutic a dat rezultat bun lui *Reschke* într'un caz de gangrenă a labei piciorului, caz publicat în Zblt f. Ch. 1933. Noi n'am aplicat acest procedeu în nici un caz. S'a constatat că efectul bun obţinut prin ligatura venei femurale este de scurtă durată, circulaţia venoasă se reface în scurt timp aşa că staza venoasă dispare foarte rapid. *Helmonn* preconizează ligatura venei iliace externe.

Operaţia lui Wieting nu dă rezultate, n'a fost aplicată în clinica noastră în nici un caz.

Simpatectomia periarterială prin vazodilataţia pe care o produce în mod constant am întrebuinţat-o în mod frecvent în gangrena extremităţilor. Din numărul de 140 de cazuri de gangrenă am aplicat-o în 22 cazuri.

Simpatectomia periarterială prin vazodilataţia pe care o produce în mod constant are un efect foarte bun în leziunile arteriale cari sunt acompaniate de o diminuare a debitului sanghin periferic.

Prin ea favorizăm desvoltarea circulației colaterale, suprimăm refluxul vazoconstrictor și prevenim accidentele de ischemie totală sau parțială. Dau alături tabloul cazurilor în care s'a aplicat simpatectomia periarterială.

No. caz.	Numele	Diagnostic	Tratament	Vindecat	Ameliorat	Fără rezultat	Recidivă
1	V. T.	Gangrena degetelor ambelor membre inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	—	a.	—	—
2	P. I.	Gangrena degetelor ambelor membre inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	—	a.	—	recidivă
3	K. I.	Gangrena degetelor membrului inferior stâng	Simpatectomie perifemurală stângă	v.	—	—	—
4	N. D.	Gangrena simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală dr.	—	a.	—	recidivă
5	G. I.	Gangrenă umedă a labei piciorului dr. Gangrenă incipientă a piciorului inferior stâng	Simpatectomie perifemurală stângă. Amputația coapsei drepte	v.	—	—	—
6	L. A.	Gangrena degetului mare a piciorului dr. Gangrena incipientă a membrului inferior stâng	Simpatectomie perifemurală bilaterală	v. stg.	a. dr.	—	recidivă la drept
7	D. I.	Gangrena membrului inferior stâng	Simpatectomie perifemurală	v.	—	—	—
8	V. S.	Gangrena simetrică a membrelor inferioare	Amputația coapsei dr. Simpatectomie perifemurală stg.	—	a.	—	—
9	B. I.	Gangrena piciorului stâng	Simpatectomie perifemurală stângă	v.	—	—	—
10	P. G.	Gangrena labei piciorului stâng	Simpatectomie perifemurală stângă	—	—	f. r.	—
11	M. M.	Gangrena degetelor a piciorului stâng	Simpatectomie perifemurală	v.	—	—	—
12	C. I.	Gangrenă umedă simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	—	—	f. r.	—

No. caz.	Numele	Diagnostic	Tratament	Vindecat	Ameliorat	Fără rezultat	Recidivă
13	M. I.	Gangrenă umedă a degetului mare dela piciorul drept	Simpatectomie perifemurală dreaptă	—	a.	—	recidivă
14	M. F.	Gangrena incipientă a labei piciorului drept	Simpatectomie perifemurală dreaptă	v.	—	—	—
15	T. I.	Gangrena incipientă simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	v.	—	—	—
16	C. I.	Gangrena degetului mare dela piciorul drept	Simpatectomie perifemurală stângă	—	a.	—	—
17	S. I.	Gangrena labei piciorului stâng	Simpatectomie perifemurală stângă	—	a.	—	recidivă
18	G. R.	Gangrena simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	—	a.	—	—
19	B. I.	Gangrena simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală dreaptă	—	a.	—	recidivă
20	D. I.	Gangrena simetrică a membrelor inferioare	Simpatectomie perifemurală bilaterală	v. stg.	a. dr.	—	recidivă la drept
21	C. I.	Gangrena degetului mic dela piciorul drept	Simpatectomie perifemurală	—	a.	—	—
22	P. A.	Gangrena degetelor a piciorului stâng	Simpatectomie perifemurală	—	—	f. r.	—

Din acest tablou rezultă, că prin simpatectomie perifemurală am obținut rezultate excelente în gangrene destul de avansate ale membrelor inferioare. La numărul de 22 cazuri am obținut 7 vindecări formând o procentualitate de 31,80%. În 5 cazuri (22,72%) am obținut ameliorări durabile. În 6 cazuri (27,2%) am obținut ameliorări trecătoare de scurtă durată. În 3 cazuri (13,63%) n'am obținut prin simpatectomie nici un rezultat.

În fața acestor rezultate se pune întrebarea când, adică în ce fază a boalei să aplicăm simpatectomia perifemurală. Dacă am da răspunsul în dependință de rezultatul pe care-l dă simpatectomia în diferitele faze ale boalei am spune, că simpatectomia perifemurală să se aplice în faza incipientă a boalei, întrucât rezultatele mai

bune şi de mai lungă durată se obţine în acestea cazuri. Aplicarea acestei operaţiuni şi în cazurile mai avansate ne-a dat rezultate satisfăcătoare. In cazurile unde cu toată simpatectomia perifemurală făcută a trebuit să recurgem la amputaţia membrului, am constatat că simpatectomia a mărit mult vitalitatea bontului de amputaţie. Prin simpatectomia perifemurală ameliorăm condiţiunile circulatorii a lambourilor de amputaţie, amputaţia membrului se poate face mult mai jos, vindecarea se produce în majoritatea cazurilor fără supuraţie.

Ideia de a limita o gangrenă incipientă şi a ameliora circulaţia bontului de amputaţie prin simpatectomie a fost emisă prima dată de către *Chastenet şi Gery*. Aceşti autori crezând că sfacelarea lambourilor în amputaţiunile joase făcute pentru gangrenă este datorită spasmului vascular declanşat prin tratamentul operator, încearcă a preveni acest spasm provocând o vazodilataţie prealabilă a lambourilor prin simpatectomie perifemurală făcută în acelaş timp cu amputaţia sau cu câteva zile mai înainte.

Ion Jianu a avut aceeaş idee, el raportează în 1924 observaţiuni de simpatectomie făcută cu scopul de a preveni sfacelul lambourilor.

N'am să intru în descrierea tehnicei acestei operaţiuni, voi aminti doar că pe lângă extirparea cu bisturiul a plexului simpatic periarterial mai putem distruge acest plex şi cu ajutorul unor substanţe chimice. Pentru prima dată în anul 1922 *Samson Handley* publică două observaţiuni în cari a distrus plexul simpatic periarterial cu injecţiuni de alcool în adventiţia arterei.

Prin orice procedeu am distruge plexul simpatic periarterial rezultatul pare a fi acelaş, adică o redresare a circulaţiei sanghine prin dispariţia spasmului arterial şi prin desvoltarea circulaţiei colaterale în membrul bolnav. Executarea simpatectomiei pariarteriale fiind uşoară fără nici un pericol pentru bolnav, face că această operaţie să fie aplicată în toate cazurile de gangrenă spontană.

Rezecţia simpaticului lombar.

Prin simpatectomie lombară se înţelege diferite operaţiuni cari se practică asupra lanţului simpatic latero-vertebral lombar şi care constau în secţiunea ramurilor comunicante sau extirparea unei porţiuni din lanţul simpatic sau extirparea unui sau mai multor ganglioni.

Acestea operaţiuni se pot executa pe calea transperitoneală sau subperitoneală. Calea transperitoneală preferată de chirurgii americani *Adson, Diez, Kanavel* are avantajul de a permite simpatectomia lombară bilaterală în aceeaş şedinţă.

Calea subperitoneală preferată de *R. Leriche* are inconvenientul că nu permite decât simpatectomia unilaterală, după Leriche acest procedeu ar fi mai uşor de executat şi mai rapid.

Danielopolu crede că extirparea lanţului simpatic lombar este prea traumatizantă, concomitent arată prin cercetări experimentale că se pot ajunge la aceleaşi rezultate şi prin simplă secţiune a lanţului simpatic numită *„simpaticotomie"* între ultimul ganglion lombar şi primul sacrat.

Procedeul lui *Danielopolu* a fost executat de Prof. Iacobovici în 4 cazuri de gangrenă simetrică a membrelor inferioare cu rezultate imediate excelente. Aceste observaţiuni au fost publicate de Prof. Iacobovici în România Medicală din Octomvrie 1933. D-sa încheie articolul astfel. „Ceeace ţinem să subliniăm este că propunerea Prof. Danielopolu de a face numai secţiunea cordonului între ultimul ganglion lombar şi primul sacrat ne permite cu o tehnică simplă şi fără nici un risc să obţinem aceleaşi rezultate ca şi în simpatectomia lombară totală aşa cum a preconizat-o Diez, Adson, Kanavel şi alţii şi care este şi rămâne o operaţie dificilă ca execuţie şi plină de riscuri, dovadă 3 cazuri de moarte prin embolie relatate de Leriche a cărei competinţă în materie de chirurgie simpatică este atât de bine cunoscută".

Rămâne de discutat suprenalectomia *(operaţia lui von Oppel)*, care se bazează pe teoria hiperfuncţiuni glandelor suprarenale în patogenia gangrenei spontane a extremităţilor. Cu toate criticile cari s'au adus acestei teorii *Oppel* şi alţi autori au tratat numeroase cazuri de gangrenă prin acest procedeu operator fără însă s'o impuie în practica curentă, tocmai din cauza rezultatelor puţin mulţumitoare cari se obţineau. *Herzberg* publică 100 cazuri din literatură dintre cari numai 3 au rămas vindecate peste doi ani, 46 au fost amputate. *Von Oppel* însăşi a avut 50% amputaţiuni după suprarenalectomie. *Leriche* din 6 cazuri în trei a făcut amputaţie.

In clinica noastră această operaţiune a fost executată de *Prof. Iacobovici* în 2 cazuri:

In primul caz era vorbă de un bolnav în etate de 32 ani, care prezenta o gangrenă a degetelor ambelor membre inferioare. La examenul obiectiv se constată, că arterele tibiale posterioare pulsează, oscilaţiunile au amplitudine până la 1, de ambele părţi la nivelul gambelor. Reacţia Wassermann negativă. Tensiunea arterială 7—14 V—L.

In primul timp se face suprarenalectomie stângă după care bolnavul nu prezintă nici o ameliorare, durerile atroce persistă. La

două luni după aceasta îi facem simpatectomie perifemurală bilaterală după care durerile diminuă, aceasta combinată cu amputarea degetelor gangrenate duce la vindecare.

Acelaş rezultat am avut şi în cazul al doilea.

Operaţiunea lui *Oppel* pe lângă rezultatele inconstante pe care le dă este o operaţie greu de executat şi foarte şocantă. Din această cauză *Oppel* n'o aplică decât la indivizi sub 45 ani, iar alţi autori au înlocuit-o cu aplicaţiuni pe glandele suprarenale de raze X.

Dificultatea execuţiei, complicaţiunile pe cari le poate da această operaţie ca: hemoragie postoperatoare, insuficienţa glandei suprarenale rămasă pe loc, pe lângă rezultatele inconstante face, ca procedeul lui *Oppel* să nu fie folosit la noi şi foarte puţin folosit în străinătate.

Ca ultim mijloc terapeutic avem amputaţia membrului gangrenat.

Indicaţiunea acestei operaţiuni este forţată în majoritatea cazurilor de către bolnavii cari nu mai pot suporta durerile; mai rar este impusă prin starea toxi-infecţioasă care periclitează viaţa bolnavului.

Nivelul amputaţiei îl determinăm prin examenul clinic al bolnavului. Etatea bolnavului este primul factor important la bătrâni, la caşectici cu lare organice — chirurgia gangrenei se reduce la *„tot ori nimic"* adică amputaţie la nivelul coapsei sau abstinenţă. Putem găsi indivizi în etate de peste 50 ani cu bună stare fizică şi capabili de activitate, la aceştia ne vom da silinţa a păstra cât mai mult din membru. La adult tratamentul conservator pare a da rezultate bune.

In toate cazurile unde starea generală permite e bine să aşteptăm pentrucă local orice gangrenă are tendinţa la delimitarea sfacelului.

Aşteptarea producerii şanţului de eliminare este o noţiune veche pe care nu trebue să neglijăm. Până ce n'a apărut acest şanţ de eliminare orice amputaţie joasă poate să se complice cu o sfacelare a lambourilor. In aceste cazuri deci vom face întotdeauna amputaţia în jurul genunchiului, mai des deasupra decât dedesubtul lui.

Dupăce şanţul de eliminare apare, zona suprajacentă gangrenei se schimbă ca aspect devine de coloraţiune roză, mai caldă, edemul dispare, sensibilitatea revine la normal.

Dispariţia durerilor este un simptom de mare valoare, ea arată că mortificarea ţesuturilor nu se mai propagă şi că şanţul de eliminare va apare nu peste mult. Persistenţa durerii ne indică a evita o amputaţie joasă.

Pe lângă aceste consideraţiuni în Clinica noastră ne-am folosit ni toate cazurile la determinarea nivelului de amputaţie de metoda

Moskovicz, de oscilometrie şi de proba *Cosăcescu*. Din anul 1931 ne folosim şi de arteriografie pe care o executăm după cum am spus şi mai sus imediat înaintea amputaţiei. Arteriografia o facem descoperind artera femurală în canalul lui Hunter sau în triunghiul lui Scarpa şi injectând în artera descoperită o cantitate de 10—20 cc. de iodipină. In momentul injecţei facem radiografia membrului injectat în dreptul unde credem că ar exista obstrucţia vasculară. Pe placa radiografică astfel obţinută vom observa locul obstrucţiei vasculare în dependinţă de care vom determina nivelul de amputaţie.

Amputaţia am executat o în număr de 110 cazuri.

Nivelul unde s'a făcut amputaţia	No. cazurilor	Vindecat per primam	Vindecat per secundam	Reamputaţie	Morţi
Amputaţie la nivelul degetelor şi labei piciorului	28	3	22	3	—
Amputaţie la nivelul gambei	33	7	20	3	1
Amputaţie la nivelul coapsei	48	9	26	9	4
Amputaţie la nivelul antebraţelor	1	—	1	—	—

Analizând acest tablou vedem că vindecările per primam le obţinem în 10.71% la nivelul labei piciorului, în 21.2% la nivelul gambei şi în 18.7% la nivelul coapsei.

Este interesant de văzut rolul simpatectomiei în vindecările bontului de amputaţie. Din cele 28 cazuri de amputaţiuni executate la nivelul degetelor şi labei piciorului simpatectomia a fost făcută în 2 cazuri, în ambele vindecarea s'a făcut per primam. Din 33 cazuri de amputaţie executată la nivelul gambei simpatectomia a fost făcută în 4 cazuri din acestea în 3 cazuri vindecarea s'a făcut per primam. La 48 cazuri de amputaţie a coapsei simpatectomia a fost făcută în 3 cazuri, din acestea vindecarea per primam s'a produs în două cazuri.

Deci din 9 cazuri unde înainte de amputaţie s'a făcut simpatectomie perifemurală vindecarea per primam s'a obţinut în 7 cazuri formând o procentualitate de 77,7%. Dintre cazurile cari nu s'au vindecat per primam n'am făcut reamputare în nici un caz.

La numărul de 101 cazuri unde s'a făcut amputaţia fără o simpatectomie prealabilă vindecarea per primam s'a obţinut abia în 13 cazuri, adică în 13,8%. Reamputaţia a trebuit s'o executăm în 26

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROU SEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. à potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants). — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections infra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE **RENÉ DUNOD** 103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

LABORATORUL „MEDICIS“

BUCUREȘTI I., Strada Bărăției Nr. 48.

•••

FORTOGENE,

tonic recalcifiant, reconstituant al sistemului nervos și osos. Gust delicios.

Doza: trei linguri pe zi adulții, trei linguriță pe zi copiii.

LAXOGENE,

laxativ perfect din ol. parafini bidistilat și aromat.

Doza: Seara 2—3 linguri în puțin ceai sau lapte îndulcit.

EUPECTIN Sirop,

contra tusei, cu bază de codeină, Ca. chlorath, epfedrină naturală și luminal.

Doza: Adulții 3 linguri, copiii 3 linguriță pe zi.

UROCIDE Tablete,

hexametilene-tetramină chimic pur, foarte ușor solubil în tablete à 0.50 gr.

Doza: 3—4 pastile pe zi, fiecare dizolvată într'un pahar cu apă.

Dr. THILO & Co., Fabrică chimică, Mainz.

•••

PASTILE THYANGOL

Compoziție: P.-Aminobenzoesaüreaethylester 0.03; Phenacetin 0.08; Thimol, Menthol 01. Eucalipti aa 0,0015.

Contra ori căror afecțiuni ale gâtului și în special la anghine. Pastila se suge încet până la terminare.

Zilnic 6—8 pastile, copiii mai puțin, după vârstă.

Reprezentant: J. Zelter, București 3., Str. Profetului 9.

cazuri. Din toate aceste date se poate observa în mod evident rolul binefăcător al simpatectomiei prealabile în vindecarea bontului de amputaţie.

In rezumat, din observaţia cazurilor de gangrenă spontană a extremităţilor tratate în clinica noastră putem să tragem următoarele concluziuni: Tratamentul gangrenei spontane a membrelor e bine să-l începem prin aplicarea metodelor terapeutice conservatoare, medicamentoase la început, chirurgicale mai târziu. Dintre procedeele operatorii conservative, simpatectomia periarterială şi lombară (operaţia *Danielopolu)* prin uşurinţa executării, lipsa de şoc şi complicaţiuni, dau cele mai bune rezultate. După ce am epuizat procedeele terapeutice amintite mai sus fără să obţinem rezultate, vom trece la aplicarea amputaţiei pe care o vom face la nivel determinat prin probele: Cosăcescu, Moskovicz, oscilometrie şi mai ales prin arteriografie.

Bibliografie.

1. Birt: Beitrag zur Indikationsstellung der periarteriellen Sympatektomie Zbl. f. Ch. 1925.

2. Berhandt: Zur Behandlung beginnender Gangrän. Zbl. f. Ch. 1913.

3. Brüning: Die chirurgische Behandlung functioneller Störungen der Gefässarbeit. Deut. med. Vochschf. 1927.

4. Brüning: Ueber Dauerfolge und Misserfolge der PS. insbesondere über die Ausführung bei der arteriosclerotischer Gangrän. Klinische Wochschf. 1925.

5. Chastenet et Gery: La cause et le traitement préventiv du sfacèle postoperatoire dans les gangrènes séniles: Gazette des Hospitaux 1921.

6. L. Cheinisse: Le citrate de soude dans le traitement des affections vasculaires. Presse Med. 1923.

7. L. Cheinisse: Un traitement hardi de la gangrène des extrémités. Presse med. 1924.

8. Cosăcescu: Un procédé simple pour aprécier la circulation dans les membres gangrènes. Presse med. 1925.

9. Cluzet und Chevaliet: Ref. Zbl. f. Ch. 1925.

10. Gruber: Zur Buergerschen Thromboangeitis obliterans. Zbl. f. Path. v. 46.

11. Hertz: Effets et résultats de la surrénalectomie dans la gangrène des extremités. Bull. Soc. de Chir. 1928.

12. Ion Jianu: Consideraţiuni asupra simpatectomiei perifemurale. Revue de Chir. 1924 No. 7.

13. Leibovici: L'artériografie dans les gangrènes des membres inferieurs. Journal de Chir. 1928.

14. Leriche et Policard: Position actuelle de la question des oblitérations artérielles localisées. Lyon. Chir. 1927 T. XVIII.

15. Leriche: Traitement pour sympathéctomie periartérielle de la douleur prémonitoire de la gangrène dans l'endartérite oblitérante. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. 1921.

16. Leriche et Robineau: Indication et résultats de la sympathéctomie periartérielle dans la chirurgie des membres. Rap. 36. Congrés Franc. de Chir. 1927.

17. Krampf: Beiträge zur spontanen Extremitäten-Nakrose und zur Frage der Endarteritis obliterans. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. B. 174.

18. Koga: Zur Therapie der Spontangangrän an den Extremitäten. Deutsch. Zeitsch. f. Ch. B. 121.

19. Matheus: Zur P. S. bei arteriosklerotischen Gangrän. Zbl. f. Ch. 1925.

20. Meschede und Hermann: Zur Frage der juvenilen Gangrän und periarteriellen Sympathectomie nach Lerich. W. Klin Wochschr. 1929.

21. Oppel: Gangrène spontanée et surrénalectomie. Lyon Chir. l. 24.

22. Sponheimer K.: Zur Frage der anatomischen Grundlagen der Spontangangrän Beitr. path. Anat. Bd. 83.

23. Sonnenburg und Tschmarhe: Die Verbrennungen und die Erfrierungen. Neue Deutsche Chir. 1915.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Cancerul şi mijloacele de tratament.

Vindecarea unui bolnav atins de cancer depindea până nu de mult de posibilitatea sau de imposibilitatea unei operaţiuni chirurgicale radicale. Dacă chirurgul credea posibilă ablaţia totală şi largă a teritoriului invadat, bolnavul avea şanse de vindecare — în caz contrar nu exista decât întrebuinţarea de remedii contra durerii şi uneori practicarea unei operaţii destinate a opri o hemoragie sau altă intervenţie operatorie paliativă adecvată cazului. La acea epocă tratamentul cancerului nu reclama altă colaborare decât aceea a medicului de familie şi a chirurgului.

Încercări de a vindeca maladiile canceroase prin medicaţiuni generale, biologice sau chimice se fac în toate ţările. Beneficiul net al acestor încercări este foarte puţin important. Această ramură a terapeuticei anticanceroase nu reclamă pentru moment nici o organizare deosebită.

Din contră de aproape douăzeci de ani razele Röntgen pe deoparte şi radiaţiunile radiului pe de altă parte au câştigat o importanţă crescândă. La început ele aveau rolul modest de a produce o ameliorare a stării bolnavilor inoperabili şi de a le prelungi existenţa. Apoi s'a reuşit a se obţine rezultate atât de favorabile încât chiar cazuri operabile de cancer, aparţinând unor grupuri patologice şi localizări anatomice au putut fi sustrase chirurgiei. Faţă de încetinirea în progresul metodelor chirurgicale ultimii douăzeci de ani au însemnat ascensiunea rapidă a metodelor radioterapeutice. De aici rezultă că chirurgul nu mai poate fi singurul arbitru în vindecarea eventuală a canceroşilor; practicienii specializaţi în manipularea razelor Röntgen şi ale radiului urmând a-şi ocupa locul alături de medicul de familie şi de chirurg în consiliul în faţa căruia vor fi examinate diferitele cazuri.

— Dar chirurgia maladiilor canceroase nu reclamă nici organizaţie şi nici material instrumental deosebit. Totuşi în afară de metodele chirurgicale clasice diatermo-chirurgia prin curenţii de înaltă frecvenţă tinde a ocupa un loc important printre procedeele de exereză ale cancerelor. —

Nu tot astfel însă se prezintă lucrurile în ce priveşte aparatele producătoare de raze Röntgen. La începutul întrebuinţării lor în tratamentul cancerelor aceleaşi aparate serveau atât pentru radiodiagnostic, cât şi pentru radioterapie superficială şi terapia câtorva afecţiuni profunde ce se tratau la acea epocă. De atunci însă această stare de lucruri s'a schimbat producându-se o evoluţie în două sensuri divergente; construindu-se aparate pentru radiodiagnostic şi terapie superficială pe deoparte şi pentru radioterapie profundă pe de altă parte. Această evoluţie a fost determinată prin creşterea potenţialului curentului electric ce alimentează tuburile obţinându-se raze X din ce în ce mai penetrante şi omogenezate prin întrebuinţarea de filtre puternice şi deci capabile de a ataca cancerele profunde. Aceste două categorii distincte de aparate sunt absolut indispensabile pentru un serviciu specializat în tratamentul cancerului. Dat fiind slabul randament al celor mai bune tuburi de raze X este necesar de a dispune de un număr de posturi de radioterapie profundă în proporţie cu numărul bolnavilor acelui serviciu precum şi cu cantitatea de radiu indispensabilă în terapeutica anticanceroasă.

Intrebarea se pune dacă progresele realizate prin metodele radioterapeutice în tratamentul maladiilor canceroase legitimează crearea de servicii speciale. Pentru a răspunde la această întrebare este necesar a cunoaşte rezultatele ce se pot obţine în prezent prin aplicarea razelor X şi ale radiului în unele categorii sau localizări comune ale cancerului.

In *cancerele epidermice* având caracterele istologice comune ale epitelioamelor epidermice metodele radioterapeutice au dat rezultatele cele mai satisfăcătoare. Cazurile de cancere ale pielii şi orificiilor cutanate cari s'ar putea vindeca prin operaţiune chirurgicală dau în urma radiumterapiei o proporţie de vindecări locale de 90 la sută; cazurile prea întinse pentru a putea fi operate dau încă în urma radiumterapiei în medie 40 la sută vindecări locale. In schimb adenopatiile cari complică destul de des varietăţile epidermoide ale acestor cancere par a da tot atâtea eşecuri în urma radioterapidei singure cât şi în urma chirurgiei singure astfel că se impune asocierea acestor două metode.

In ce priveşte cazurile operabile de epiteliom al colului uterin ele furnizează o proporţie echivalentă de succes, atât chirurgiei, cât şi radiumterapiei. Insă prin radiumterapie singură sau asociată cu Röntgenterapie se pot vindeca multe cazuri de operabilitate dubioasă şi o proporţie importantă de cazuri inoperabile. In cancerele limbei şi ale gurei rezultatele radiumterapiei sunt superioare rezultatelor obţinute prin chirurgie.

In cancerele fosselor nasale şi sinusurilor maxilare asociarea simultană a chirurgiei cu radiumterapia dă rezultate superioare celor obţinute prin intervenţiile chirurgicale singure.

In epitelioamele vaginului, faringelui, laringelui şi esofagului rezultatele obţinute prin tratamentul radioterapeutic sunt mai slabe din cauza dificultăţilor de ordin local.

In cancerele glandulare metodele radioterapeutice sunt până în prezent mai puţin favorabile decât în cancerele epidermice. In cazurile inoperabile de cancer al mamelei şi în cazurile de recidivă röntgenterapia poate da excelente rezultate paliative. Cancerele ficatului, pancreasului şi pulmonului fiind inoperabile radioterapia produce ameliorări temporare.

Sarcoamele dau rezultate foarte diferite după grupul lor patologic. Există sarcoame foarte radiosensibile ca limfosarcoamele şi osteosarcoamele (mieloamele, din nefericire au însă o difusibilitate foarte precoce de unde rezultă metastaze aproape constante. Alte grupuri ca mixoamele, sarcoamele fuso-celulare sunt mai puţin radiosensibile şi dau deasemenea metastaze.

Tumorile maligne tipice ale ţesuturilor fibroase, osoase şi cartilaginoase, deseori de structură mixtă, dau rareori şi în mod tardiv metastaze şi sunt destul de radiorezistente.

Serviciul specializat în tratamentul cancerului trebue să se ocupe cu examinarea minuţioasă a bolnavilor şi cu lucrările relativ la diagnostic, cu tratamentul corespunzător, cu păstrarea documentelor şi publicarea rezultatelor.

Dar pentru buna executare a metodelor radioterapeutice sunt necesare ajutoarele pe cari ni le furnizează îndeosebi istologia şi bacteriologia. Istologul, util chirurgului pentru precizarea unui diagnostic clinic nesigur, a devenit colaboratorul indispensabil şi adevăratul ghid al radiologului deoarece biopsia uşurează diagnosticul tumorilor maligne şi precizează varietăţile lor, tehnica radioterapeutică fiind din ce în ce mai mult influenţată prin cunoaşterea detailată a caracterelor istologice.

Bacteriologul aduce mari servicii prin analizarea şi combaterea infecţiunilor microbiene cari complică deseori cancerele ulcerate, ştiut fiind că infecţia microbiană este un obstacol în eficacitatea radiaţiunilor pe deoparte iar pe de altă parte că radiaţiunile acţionând în doze mari asupra unui cancer infectat agravează infecţia şi determină uneori complicaţiuni redutabile. Rezultă deci din cele precedate cum că terapeutica maladiilor canceroase a încetat de a fi opera unui singur om pentru a deveni o muncă colectivă.

Rezumat.

Crearea de servicii speciale devenite necesare în urma desvoltării metodelor radioterapeutice este justificată prin rezultatele pe cari aceste metode sunt capabile de a le procura.

Orice serviciu consacrat radioterapiei cancerelor trebue să fie în stare a-şi spitaliza bolnavii săi şi să nu se limiteze numai la tratamentul pacienţilor ambulanţi.

Un serviciu chirurgical excelent îi este absolut indispensabil.

Colaborarea strânsă cu specialiştii ramurei chirurgicale, istologice şi bacteriologice înlocuindu-se munca individuală prin munca colectivă sau „de echipă".

Bibliografie: *Al. Regaud:* Quelle est la valeur et quels doivent être l'orrganisation et l'équipement des institutions pour le traitement du cancer par le radium et les rayons X? (Archives de l' Institut du Radium de l' Université de Paris et de la Fondation Curie.)

Ducuing: Précis de cancerologie.

E. Lieck: Krebsverbreitung, Krebseelkumpfung etc.

Dr. A. Burlă
medic radiolog.

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

Spitalul de femei, Cluj. — Director Dr. Dominic Stanca.
Secţia ginecologică; Medic primar Docent Dr. C. Stanca.

Contribuţiuni la hematomul post-partum al labiei mari

de **Dr. Vintilă I. Ion.**

Cazul pe care îl voi descrie aci, este unul dintre cele mai rare afecţiuni ginecologice, respectiv obstetricale, pe cari le întâlnim în viaţa spitalicească.

El apare de obiceiu la femeile în timpul primelor momente după naştere şi cari au prezentat în gestaţiune dilataţiuni patologice ale venelor vulvei. Dar poate surveni fără nici un semn premonitoric.

In planul celular sub-cutanat al labiilor mari, venele sunt întotdeauna numeroase şi foarte desvoltate, duc în parte la pudenda internă, în parte la safenă şi de aici în femorală. Atât cele superficiale cât şi cele profunde, în timpul graviditătii, iau un volum mare, iar de aici rezultă la nivelul vulvei mai ales, formarea de adevărate varice, cari se pot sparge sau în exterior, sau în ţesutul celular sub-cutanat şi să determine după caz hemoragii sau trombusuri a căror gravitate este considerabilă (11 cazuri mortale la 18 observaţiuni, amintite de *Varnier).*

La femeile gravide se mai pot desvolta varice în reţeaua venoasă a mucoasei vaginale. Aceşti noduli varicoşi ai vaginului pot fi lezaţi şi să se rupă spontan, dând naştere la hemoragii extrem de violente. Sângele ţâşneşte lateral din vasele supraîntinse şi în scurtă vreme femeea se scaldă într'un lac de sânge.

Formarea lor este foarte rară şi numai în mod excepţional pot surveni în ultimele luni de sarcină. Insă ele de obiceiu nu se desvoltă decât cu puţin înainte, sau mai des după expulsia nou-născutului, pentru a atinge apoi în scurt timp un volum considerabil. In vârful tumorei, în vagin sau pe faţa internă a buzei, mucoasa se poate rupe şi hemoragia externă poate ameninţa prin persistenţa ei, o anemie îngrijorătoare.

In cele ce urmează, voi reda şi cazul Spitalului nostru: Este vorba de bolnava S. M., în etate de 32 ani, care s'a prezentat la

Spitalul nostru pe zia de 27 Oct. a. c., pentru tumefierea labiei mari stângi şi dureri foarte accentuate în acea regiune. Este multipară. Noduli varicoşi pe ambele membre inferioare, mai accentuaţi la gamba şi labia mare stângă, dela a doua jumătate a primei sarcini, noduli, cari în timpul din urmă s'au accentuat şi exulcerat. Cu o lună înainte de naşterea ultimă, varicositătile s'au accentuat, atât cele dela gamba stângă, cât şi cele ale labiei mari, din ce în ce mai mult. A născut pe ziua de 13 Oct. a. c. al patrulea copil, după 36 ore de dureri mari de facere. La circa un minut după naşterea fetului, s'a eliminat placenta şi membranele, iar după 4—5 minute în urmă şi-au făcut apariţia în labia mare stângă dureri atât de violente, încât bolnava le-a asemănat a fi fost cu mult mai grele decât cele de naştere. Totodată s'a tumefiat şi labia mare stângă, care în decurs de câteva minute a luat volumul unui cap de fet. Fenomenele dureroase se uşurau prin abducţia coapsei stângi. Pe ziua de 27 Oct. a. c., este nevoită să intre în spital.

Starea prezentă: toată suprafaţa labiei mari stângi este acoperită cu traecte varicoase venoase. Ruperea s'a produs probabil într'un vas de calibru mai mare din plexul venos peri-vaginal, de unde sângele s'a difuzat în ţesutul conjonctiv lax, unde a format tumora, de volumul unui cap de fet. Această tumefiere se întindea înafară până la peretele osos al bazinului şi în jos până la peretele vaginului, care era foarte îngustat. Ruperea vasului s'a limitat numai la straturile profunde sub mucoase ale vaginului. Epiteliul vaginal a rămas intact, graţie elasticităţii sale. Se face în aceeaşi zi punctie explorativă, se extrage vr'o 4 ccm. sânge de culoare neagră, ceeace ne pune pe calea diagnosticului precis de *hematom al labiei mari stângi.*

După punctie durerile s'au redus aproape cu totul, pentru ca la două zile să reapară din nou, dar într'o măsură mai mică. A doua zi după punctie au apărut semne de sufuziuni sanghine, iar tumora a început să se reducă, consistenţa la fel. In tot decursul bolii durerile labiale erau însoţite întotdeauna de dureri prin membrul inferior stâng, în special gambă: gamba prezenta o mulţime de noduli varicoşi şi scleroşi. Regresiunea a fost lentă. Pe ziua de 10 Nov. volumul tumorei regresează mult, durerile aproape cu totul dispărute, iar pe ziua de 13 Nov. toate fenomenele, atât cele obiective, cât şi cele subiective au fost cu totul dispărute, nelăsând în urmă decât câteva vene superficiale, foarte puţin vizibile şi sinuoase. R.W. negativă.

In asemenea maladii, *conduita* medicului variază după circumstanţe. Când hemoragia este externă, adesea tamponarea nu este

eficace decât pentru scurtă durată şi chiar ligatura în masă nu este întotdeauna practicabilă. In acest caz prindem regiunea, care sângerează, într'o pensă lungă de comprimat vasele şi strângând bine, vom ajunge pe această cale la cel mai bun rezultat. La femeia gravidă, instrumentul poate fi retras după 48 ore în urmă : la parturiente nu se ridică decât în momentul când capul începe să comprime strâmtoarea inferioară. Iar în cazul nostru rezolutivele, odihna la pat în poziţie dreaptă, compresiunile locale, au influenţat regresiunea tumorei prin eliminarea factorilor de congestie pasivă, favorizând astfel rezorbţia chiagurilor, reducând tumora şi neplăcerile subiective foarte pronunţate în asemenea afecţiuni. Dacă hematomul e mic, se va rezorbi în cursul lăuziei. Ne mulţumim de altfel de a proteja suprafaţa lui printr'un pansament steril, care va apăra contra insultelor mecanice, cari pot cauza ruperea sa. Dacă tumora e voluminoasă, e mai bine să o incizăm, să o evacuăm şi să o tamponăm cu meşă. Această intervenţie se impune de câte ori avem deafface cu o hemoragie externă, care persistă după perforaţie, sau de câte ori observăm tendinţă spre supuraţia hematomului. Hemoragia poate fi letală şi numai suturile profunde pot produce efectele unei hemostaze, care ar scăpa bolnava dela o hemoragie gravă cu sfârşit tragic.

Un caz de anomalie uro-genitală*)

(Aplazie genitală cu exstrofie vezicală)

de **Dr. Horaţiu Tănăsescu,**
Medic Primar al Secţiei Obstetricale, Sibiu

Capitolul turburărilor de creştere şi de desvoltare, de atrezii, de vicii de conformare, de hypoplazii şi hermaphroditism face parte din problemele, despre cari ştiinţa medicală nu şi-a spus încă ultimul cuvânt; — aceasta se datoreşte pe de o parte faptului că din punct de vedere embriologic, demonstrarea anomaliilor observate în procesele evolutive întâmpină oarecari dificultăţi, din cauza lipsei de preciziune, cari există încă asupra unor puncte de detaliu, iar pe de altă parte se datoreşte faptului, că din punct de vedere clinic, demonstrarea anomaliilor nu pot fi făcute totdeauna de către maeştrii respectivi, din cauza rarităţii cazurilor şi a hazardului descoperii lor.

Descrierea anomaliilor observate în practica noastră medicală îşi găseşte astfel indicaţia sa, determinându-ne la abordarea acestei probleme.

Intr'una din anchetele sanitare, făcută în comuna Ludoşul de jos, din Jud. Sibiu, iniţiate de dl Inspector General Sanitar Dr. STOICHIŢIA, am examinat o pacientă, care prezenta o anomalie, constând din *aplazia peretelui ventral şi a polului inferior* şi care prin raritatea sa, merita îndeosebi a fi studiată.

Demonstrarea acestei anomalii, impune trecerea în revistă, cel puţin în linii generale, a marelor procese evolutive, cari duc la formarea extremităţii inferioare a embrionului, cât şi a peretelui ventral, fără a insista însă, asupra unor puncte de detaliu, cari după cum am amintit, prezintă unele controverse.

Studiu embriologic. — Până spre mijlocul celei de a treia lună a vieţii intra-uterine, embrionul posedă elementele în virtutea cărora se desvoltă organele genitale de ambe-sexe.

După această dată, în cazul când urmează a se naşte un făt de sex masculin, se desvoltă la embrion numai elementele masculine, — în timp ce se atrofiază sau dispar, elementele femenine; —

---

*) Comunicare făcută la „Soc. Medicală" din Sibiu, Decemvrie 193?.

în cazul când urmează a se naşte un făt de sex femenin, se desvoltă la embrion numai elementele feminine, — în timp ce se atrofiază sau dispar elementele masculine.

Cum are loc această desvoltare?

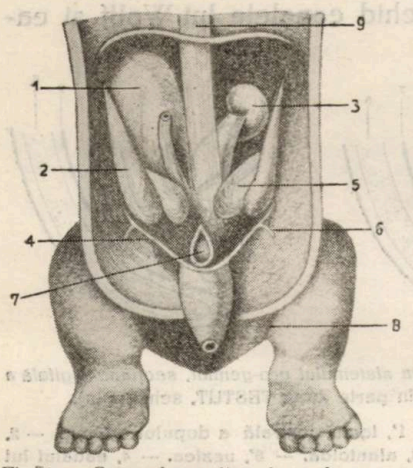


Fig. 1. — Organele genito-urinare la un embrion uman de patru săptămâni (în parte KÖLLIKER).

1, capsula supra-renală. — 2, rinichiu primitiv sau corpul lui Wolff. — 3, rinichiu stâng. — 4, canalul lui Wolff. — 5, glanda genitală. — 6, ligamentul inghinal al rinichiului primitiv. — 7, rectul. — 8, vezica. — 9, vena cavă inferioară.

Organele genitale interne. — Până spre mijlocul celei de a treia lună a vieţii intra-uterine, embrionul posedă un organ genital, care constă din două glande genitale, — una dreaptă şi alta stângă, — situate pe partea anterioară şi superioară a corpului lui WOLFF, a canalelor lui WOLFF şi a canalelor lui MÜLLER.

Canalele lui WOLFF şi canalele lui MÜLLER merg paralel în jos, deschizându-se într'o cavitate, cu care se termină intestinul, — sinul uro-genital.

Canalul lui WOLFF din dreapta şi canalul lui WOLFF din stânga se deschid fiecare separat, în sinul uro-genital.

Canalul lui MÜLLER din dreapta şi canalul lui MÜLLER din stânga se unesc la partea terminală şi apoi se deschid în sinul uro-genital.

Din aceste elemente urmează a se desvolta organele genitale interne în modul următor:

— la sexul masculin, glandele genitale suferă diferite modificări, până ajung de se transformă în cele două testicole; canalele lui WOLFF suferă diferite modificări, până ajung de se transformă în canalele epididimare, canalele deferente, canalele diverticulelor veziculilor seminale, canalele ejaculatoare; — canalele lui MÜLLER se atrofiază, dând loc la hydatida lui MORGAGNI, utricula prostatică;

— la sexul femenin, glandele genitale suferă diferite modificări, până ajung de se transformă în cele două ovare; — canalele lui MÜLLER suferă diferite modificări, până ajung de se transformă în trompe, uter, vagin; — canalele lui WOLFF se atrofiază, dând loc la corpul lui ROSENMÜLLER, para-ovarul.

Astfel are loc desvoltarea organelor genitale interne, care nu este terminată decât numai către a noua lună.

Organele genitale externe. — Până spre mijlocul celei de a treia lună a vieţii intra-uterine, embrionul posedă un tubercul median, tuberculul genital sau gland.

Glandul prezintă pe faţa sa inferioară un şanţ longitudinal, fanta genitală; — fanta genitală este orificiul inferior al sinului uro-genital; — sinul uro-genital este cavitatea în care se deschide deodată alantoida, căile urinare, căile genitale, fiind deci, o cavitate cu care se termină intestinul şi în care se deschid canalele lui Wolff şi canalele lui Müller.

Pintenul perineal divizează cu timpul sinul uro-genital, separând intestinul de sinul uro-genital propriu zis.

Fanta genitală este mărginită de două ridicături longitudinale, repliurile genitale.

Din aceste elemente urmează a se desvolta organele genitale externe, în modul următor:

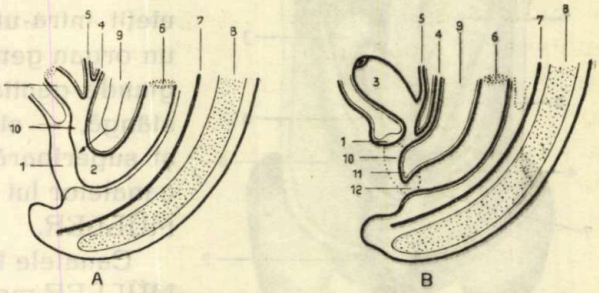


Fig. 2. — Desvoltarea sistemului uro-genital, secţiune sagitală a embrionului (în parte după TESTUT, schematic).

1, dopul cloacal. — 1', lama uretrală a dopului cloacal. — 2, cloaca internă. — 3, alantoida. — 3', vezica. — 4, canalul lui Wolff. — 5, ureterul. — 6, intestinul. — 7, coarda dorsală. — 8, măduva. 9, cavitatea peritoneală. — 10, sinul uro-genital. — 11, perineul. — 12, anusul.

— la sexul masculin, glandul suferă diferite modificări, până ajunge de se transformă în penis, scrot;

— la sexul femenin, glandul suferă diferite modificări, până ajunge de se transformă în clitoris, labiile mari.

Astfel are loc desvoltarea organelor genitale externe, care deasemenea, nu este complet terminată, decât numai către a noua lună.

Aplazia peretelui ventral şi a polului inferior se explică prin lipsa de mezodermizaţie.

In regiunea subombilicală mezodermizaţia se face dinapoi înainte, adică dela eminenţa caudală la ombilic.

Această mezodermizaţie poate însă a lipsi complet sau numai în parte.

După gradul de absenţă a mezodermizaţiei vom avea o serie de aplazii, adică de opriri de mezodermizaţie, şi anume:

— aplazii superioare ale tuberculului genital (epispadias);

— aplazii inferioare ale tuberculului genital (hypospadias);

— exstrofii sub-symphyzare;

— exstrofii incomplete, zise retro-symphyzare;

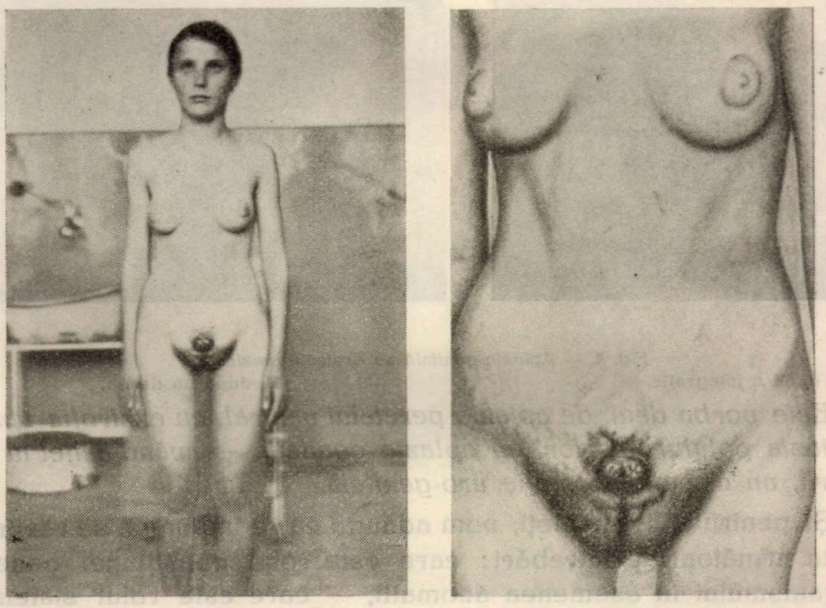
— fisuri vezicale superioare;

— marea exstrofie a cloacei interne, aplazie întinzându-se dela anus la ombilic;

— marea fisură antero-posterioară a lui FRANKO, aplazie întinzându-se dela limita superioară probabilă a orificiului blastoporic a gastrulei până la ombilic.

Studiu clinic. — Cazul observat de noi este o pacientă, în vârstă de 17 ani, cu o constituţie generală debilă.

La nivelul regiunei hypogastrice, imediat deasupra symphyzei pubiene, se constată o depresiune a peretelui abdominal, de formă aproape circulară, având un diametru de circa 5 cm., de culoare roşie, sângerând uşor; — la nivelul treimei inferioare, se văd orificiile ureterelor, prin care apare, în mod intermitent, câte o picătură de urină; — în jurul depresiunei de culoare roşie, se află o zonă de circa unu-doi centimetri lăţime de culoare albicioasă, care în partea superioară ia o formă triunghiulară, cu vârful triunghiului ajungând într'o depresiune, comparabilă cu ombilicul normal, iar în partea inferioară a depresiunei de culoare roşie, se continuă această zonă albicioasă spre regiunea genitală, fiind lipsită de peri pubieni, care ornează însă, în mod insuficient, părţile laterale ale muntelui lui VENUS.



A B

Fig. 3. — Aplazie genitală cu exstrofie vezicală.
A, după o fotografie. B, după un desen.

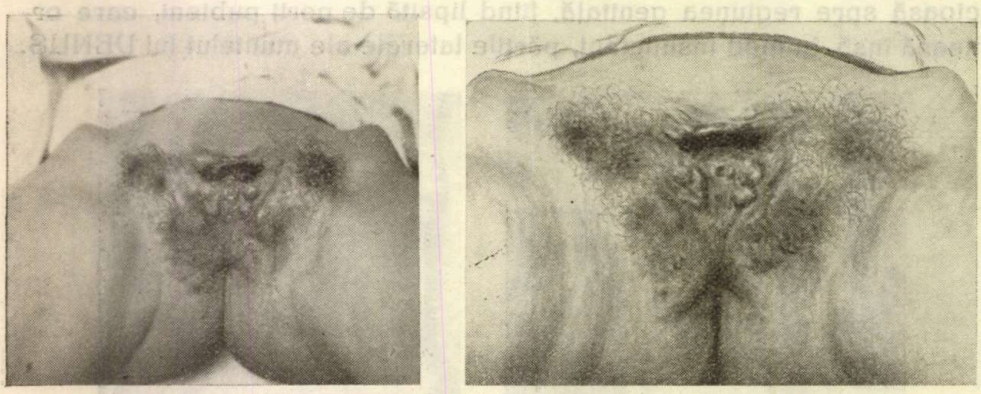
La nivelul regiunei genitale se constată doi tuberculi laterali, reprezentând două jumătăţi de clitoris; — între aceste ridicături, se află un şanţ puţin pronunţat, care se întinde până la anus.

La examenul rectal, se constată, de fiecare parte, un cordon care merge dela linia mediană la peretele pelvian; — în locul uterului se găseşte un nod de mărimea unei nuci; — ovarele sunt greu de palpat, fiind probabil profunde.

In rezumat:

— se constată o dehiscenţă a peretelui abdominal pe linia mediană, dela ombilic la symphiză, cu exstofia vezicei şi deschiderea celor două uretere, la nivelul treimei sale inferioare;

— se constată o aplazie genitală cu insuficienţa de desvoltare a perilor pubieni, — labiile mari neunite în sus, lipsind şi muntele lui Venus (în urma dehiscenţei peretelui abdominal, deasupra symphizei, care symphiză este deasemenea lărgită), — clitorisul dublu şi fiecare din jumătăţile sale se continuă înapoi cu labiile mici, — peretele anterior al uretrei lipseşte şi în locul meatului, se află un mic jgheab, la nivelul căruia, mucoasa vezicală herniază, — absenţa completă a vaginului, — desvoltarea rudimentară a uterului.



A B

Fig. 4. — Aplazie genitală cu exstrofie vezicală.

A, după o fotografie. B, după un desen.

Este vorba deci, de aplazia peretelui ventral, cu exstrofia vezicei şi aplazia polului inferior, cu aplazia genitală, — având astfel în faţa noastră, un caz de anomalie uro-genitală.

Şi pentru a fi completi, vom adăuga că se impune a se răspunde încă la următoarele întrebări: care este rolul constituţiei generale a organismului în asemenea anomalii, — care este rolul sistemului endocrinian, — care este în mod precis localizarea anomaliei anatomice, varietatea şi gradul său, — şi deasemenea, ce se poate face din punct de vedere therapeutic în asemenea cazuri, — probleme care urmează însă a fi rezolvate în viitor.

Rostul şi importanţa anchetelor medico-sociale

Problema sănătăţii publice a încetat de mult de a mai fi o problemă pur *medicală*. Prin influenţa covârşitoare ce o exercită asupra însaşi existenţei şi viitorului Naţiunei şi al Statului, ea a devenit una din cele mai importante probleme *sociale*. Cunoaşterea realităţilor împreunate cu sănătatea noastră publică nu poate rămânea deci o preocupare exclusivă a corpului medical, necesitatea ei se impune într'o egală măsură, atât factorilor de conducere ai Statului, cât şi opiniei publice luminate din ţară. Este necesară această cunoaştere, în primul rând, pentru a trezi un interes mai viu faţă de problema sănătăţii publice, iar în al doilea rând pentru a putea astfel asigura colaborarea tuturor factorilor pentru promovarea şi rezolvirea ei. Problema sănătăţii publice însă este cât se poate de complexă şi de variată. Pentru cunoaşterea ei se cer studii amănunţite asupra fenomenelor de *mişcare a populaţiei* şi a tuturor condiţiilor cari determină această mişcare. Trebue să cunoaştem mersul *natalităţii*, dimpreună cu toţi factorii cari influenţează în bine sau în spre rău cifra de natalitate; trebue să fim orientaţi asupra cifrei de *mortalitate*, dar mai ales trebue să cunoaştem precis toate elementele cari determină aceasta mortalitate. In primul rând, va trebui să studiem pe bază de date reale cauzele mortalităţii şi apoi să cercetăm şi să analizăm toate aspectele factorilor cari determină aceste cauze. Se impune deci, cunoaştersa *vigoarei reale a capitalului nostru uman* sub toate aspectele sale multiple şi variate, precum şi cunoaşterea mediului ambiant şi a condiţiilor de viaţă ale acestui capital uman, pe bază de cercetări amănunţite făcute cu toată probitatea ştienţifică. Numai pe baza rezultatelor unei asemenea cercetări ne vom putea rosti cu destulă competenţă asupra *standardului de sănătate* al populaţiei noastre, precum şi asupra adevăratei valori biologice a capitalului nostru uman. Cunoştinţele noastre actuale

asupra acestor probleme sunt desigur insuficiente şi departe de a ne înfăţişa realitatea.

Până înainte cu câţiva ani nu cunoşteam cu preciziune nici barem cifra morţilor şi născuţilor, iar cauzele de moarte erau înregistrate în baza unor rapoarte cari nu ofereau nici o garanţie de verosimilitate. Pentru a putea avea totuşi oareşcare imagine asupra situaţiei sanitare, în condiţiunile date, să făcea apel la diferite coeficiente şi calcule de probabilitate, cari însă în nici un caz nu puteau înfăţişa starea reală. Datorită muncii sistematice şi cu adevărat ştiinţifice, care se depune la *Institutul nostru demografic* — cea mai importantă realizare în domeniul organizării sanitare din ultimii ani, — astăzi cunoaştem situaţia exactă şi pe judeţe a celor mai importante fenomene demografice şi sperăm că, prin hărnicia acestui Institut, înregistrarea acestor fenomene se va face în viitor într'un mod şi mai complet, putând avea la dispoziţie oricând o imagine clară şi reală asupra situaţiei sanitare a ţării. Date precise însă, asupra valorii biologice a capitalului nostru uman nu vom putea avea însă, decât printr'un studiu care să întrunească toate elementele unui adevărat *recensământ al sănătăţii,* operă vastă şi importantă care însă cu greu va putea fi cândva realizată în mod complect.

Pentru a contribui totuşi, barem într'o măsură redusă la studiul acestei probleme şi în dorinţa de a ne orienta asupra standardului de sănătate al populaţiei noastre rurale, am încercat ca prin o metodă proprie, să supunem unei cercetări medicale şi sociale populaţiunea unui judeţ. Am socotit că prin examinarea medicală amănunţită a *tuturor locuitorilor* dintr'o serie întreagă de comune rurale, vom putea pe lângă depistarea tuturor maladiilor curente şi cronice de orice natură, să ne câştigăm, prin cercetări în masă, o imagine reală şi asupra adevăratei valori biologice a populaţiei examinate. Prin completarea acestor examinări medicale cu cercetări asupra condiţiilor de viaţă a fiecărui locuitor, asupra condiţiunilor igienice a mediului ambiant şi asupra referinţelor de ordin climatic, socoteam că vom putea determina şi cauzele reale ale anumitor stări, cari au o directă influenţă asupra sănătăţii.

Din aceste anchete medico-sociale urmăream, în primul rând depistarea tuturor bolilor sociale în scop de a putea lua imediate măsuri pentru combaterea lor raţională. In al doilea rând, examinând totalitatea locuitorilor şi din toate punctele de vedere, voiam să cunoaştem procentul real de bolnavi şi sănătoşi şi în deosebi acordând atenţiune copiilor până la vârsta de 14 ani, căutam să cunoaştem în de aproape starea biologică a generaţiilor de mâne. Prin vizitarea

tuturor gospodăriilor, adăposturilor şi locuinţelor locuitorilor examinaţi, precum şi prin înregistrarea stării lor economice şi culturale, cercetam influenţa mediului ambiant asupra sănătăţii şi a diferitelor procese biologice. Un alt scop pe care îl urmăream şi care a făcut ca populaţiunea să se supună cu toată încrederea acestor examinări era, să oferim populaţiunei găsite bolnave şi ajutor medical imediat, prin eliberarea de medicamente gratuite.

Astăzi după aproape 3 ani dela începutul acestei încercări şi după ce am examinat un număr de peste 20.000 persoane, putem afirma că toate scopurile urmărite au fost atinse şi anchetele medico-sociale începute cu timiditate în anul 1931, au reuşit pe deplin. Mulţumită devotamentului şi tactului medicilor examinatori, populaţiunea s'a supus cu multă bunăvoinţă cercetărilor noastre şi astfel am reuşit să examinăm mai mult ca 90% din populaţia întreagă a comunelor cercetate. Am reuşit să trezim un deosebit interes în masele rurale faţă de problemele împreunate cu igiena şi sănătatea. Am reuşit să înregistrăm toate constatările noastre în mai mult ca 20.000 fişe sanitare individuale, un material ştienţific imens şi socotim de o deosebită valoare. Am izbutit să depistăm majoritatea absolută a cazurilor de boală acute şi cronice de orice natură din comunele examinate, iar prin reacţiile biologice executate în masă, ne-am putut orienta şi asupra anumitor stări de boală şi de sănătate ale generaţiilor de mâne. In afară de aceste rezultate am reuşit să realizăm şi o operă pozitivă de *asistenţă medicală*, venind în ajutorul populaţiunei bolnave cu sfaturi şi medicamente gratuite eliberate pentru toate bolile curente constatate. Pentru combaterea plăgilor medico-sociale constatate în cursul acestor anchete, am înfiinţat 4 *Case de ocrotire* cu dispensar, cari au început a funcţiona scurtă vreme după terminarea anchetei şi unde se oferă în mod gratuit tratament tuturor bolnavilor.

In cele ce urmează vom descrie amănunţit *tehnica* întrebuinţată în executarea acestor anchete, vom arăta *comunele examinate* şi *totalizarea diferitelor examinări* făcute, iar în urmă vom arăta în mod detaliat toate *constatările* noastre rezultate din studiul celor peste 20.000 de fişe sanitare individuale precum şi *concluziile* cari se impun din aceste constatări.

Dr. I. Stoichiţia.

Evidenţa grafică a boalelor contagioase

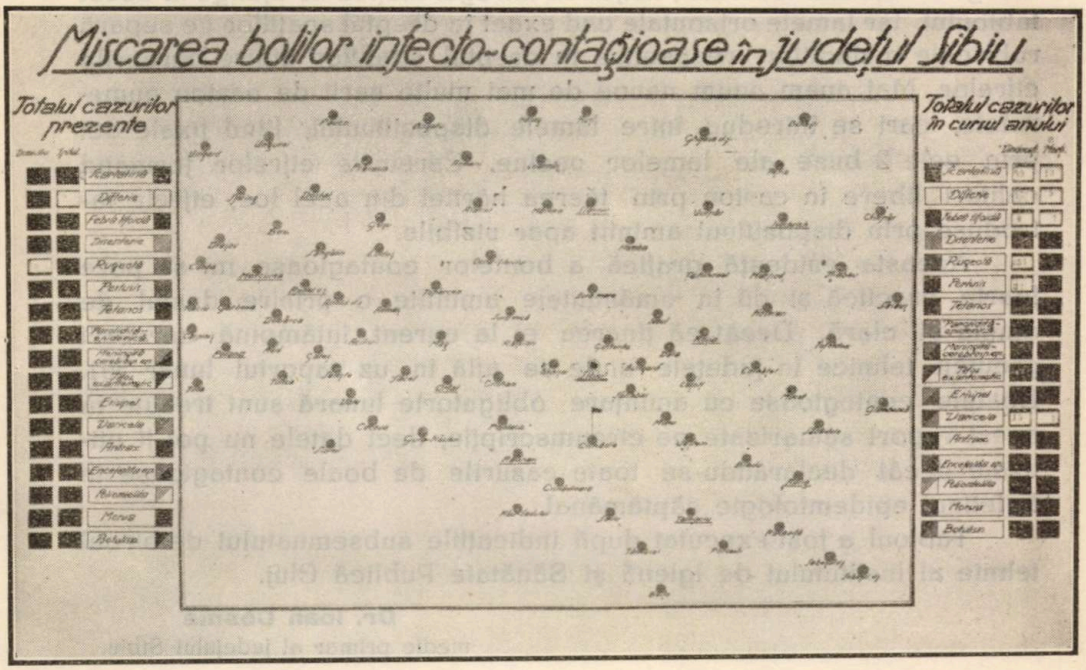
Depistarea conştiincioasă şi combaterea energică a boalelor contagioase este fără îndoială îndatorirea cea mai de seamă a unui serviciu sanitar rural sau urban şi executarea programului de combatere — atât din punct de vedere terapeutic cât şi profilactic — ar trebui să fie indicele cel mai important în calificarea personalului medical şi sanitar auxiliar. Să nu se uite că energia cheltuită pe terenul boalelor contagioase este mai bogat rambursată faţă de orice alt domeniu de acţiune al medicului sanitar, considerând problema chiar numai din punctul de vedere al rezultatului terapeutic, fără să mai ţinem seama de câştigul în vieţi salvate de pe urma activităţii profilactice, ceeace în bilanţul profitului contează incomparabil mai mult decât prima.

Pentru a avea o privire largă asupra mersului epidemiilor, serviciile sanitare judeţene nu se pot limita numai la citirea şi centralizarea buletinelor epidemiologice periodice înaintate de medicii de circumscripţie, din simplul motiv că aceste indică o perioadă de timp prea mică şi prin cifra „cazurilor vechi“ din aceste buletine se face o legătură prea sumară cu perioada anterioară sau cu trecutul epidemiei. O orientare bună asupra acestei probleme nu se poate avea, decât numai în cazul unei bune evidenţe grafice a ei unde să se indice în mod uşor descifrabil toate datele epidemiologice de importanţă.

O astfel de hartă epidemiologică a fost întocmită la serviciul sanitar al judeţului Sibiu. Din reproducerea alăturată se poate vedea cu destulă uşurinţă elementele epidemiologice evidenţiate.

In partea stângă a hartei avem înşirate boalele contagioase cu numărul cazurilor *prezente*, grupate după locul izolării (la grupul „spital“ intră toate cazurile izolate în afară de domiciliu). In partea dreaptă avem exact aceeaşi împărţire şi serveşte pentru totalizarea cazurilor dela începutul anului până la decada cazurilor prezente, grupând cazurile după cauza scoaterei lor din evidenţă, adecă vindecaţi sau morţi. La mijloc se află harta judeţului, cu indicarea schematică a comunelor, având deasupra fiecărei comune, o rondelă

din măduvă de soc, care serveşte pentru fixarea steguleţelor. Steguleţele indică comuna respective comunele unde se găsesc de prezent boale contagioase şi sunt colorate. Coloarea convenţională



stabilită pentru fiecare boală se află în dreptul fiecărei maladii trecute în hartă, atât în partea dreaptă, cât şi stângă.

După cum am amintit, steagurile colorate se înfig în rondela comunei unde se găseşte o boală contagioasă oareşcare; pentru cel ce priveşte harta e uşor să identifice boala, observând coloarea steagului. Din păcate, nu e posibil să indicăm numărul cazurilor pentru fiecare comună în parte, în cazul când aceeaşi boală ar exista în acelaş timp în mai multe comune, tabloul în forma lui actuală nu poate reda decât numărul total al cazurilor şi indicaţia comunelor cu astfel de cazuri. O încercare de perfecţionare în acest sens ar complica mult schema şi ar face citirea cam anevoioasă.

Introducerea cifrelor în cele 4 coloane din partea dreaptă şi stângă a tabloului se face cu ajutorul unui dispozitiv simplu (unul în dreapta altul în stânga) sub forma unei lame subţire de lemn, având mărimea aproximativ egală cu suprafaţa dela marginea externă a tabloului până la limita careului comunelor. In sens orizontal sunt fixate dealungul acestui dispozitiv la distanţe egale cu distanţa dintre

rubricele maladiilor mici lame de lemn, având fiecare atât, pe partea ei superioară, cât şi cea inferioară o mică buză. Dispozitivul are un mâner şi poate fi scos şi introdus prin deschizătura din dreapta şi stânga a cadrului tabloului, astfel că întregul dispozitiv ajunge în dosul tabloului, iar lamele orizontale cad exact în dreptul spaţiilor ce separă rubricele maladiilor, respective în dreptul spaţiilor dintre careurile cifrelor. Mai avem acum nevoe de mai multe serii de carton numerotate, cari se introduc între lamele dispozitivului, fiind fixate aci prin cele 2 buze ale lamelor vecine. Careurile cifrelor formând ochiuri libere în carton prin tăerea hârtiei din acel loc, cifrele introduse prin dispozitivul amintit apar vizibile.

Aceasta evidenţă grafică a boalelor contagioase mi se pare foarte practică şi dă în amănuntele amintite o privire destul de amplă şi clară. Decât că ţinerea ei la curent întâmpină oarecari greutăţi tehnice în judeţele unde se află în uz raportul lunar 301. Boalele contagioase cu anunţare obligatorie lunară sunt trecute în acest raport sumarizate pe circumscripţie, deci datele nu pot fi utilizate decât declarându-se toate cazurile de boale contagioase în buletinul epidemiologic săptămânal.

Tabloul a fost executat după indicaţiile subsemnatului de biroul tehnic al Institutului de Igienă şi Sănătate Publică Cluj.

Dr. Ioan Cosma
medic primar al judeţului Sibiu.

Un an de activitate a Casei de Ocrotire din comuna Jina (Sibiu).

Scăderea natalității și odată cu ea scăderea populației este tributul pe care popoarele îl plătesc civilizației. Acesta e un adevăr consacrat pe care nu l-a desmințit nici o excepție. Țara românească este în plin progres de civilizație și deci în progres de scădere a natalității. Acest pericol național trebue împiedicat prin toate mijloacele de cari dispunem azi. Inmulțirea numărului avorturilor provocate și spontane este un fapt care progresează și care cu greu va putea fi oprit. Lumea nu mai vrea să aibă copii, nu mai vrea „să întemeeze familie" fiindcă e o povară pentru ea. Inmulțirea populației e deci ceva natural și spontan; copiii se nasc „din voia lui D-zeu", nu atât din marea dragoste a părinților față de ei.

Dacă Românul s'a înmulțit până acum și dacă femeia Română a avut 8—10 copii i-a născut fiindcă „a vrut Dumnezeu" așa că sub acest gând Românul se înmulțea și stăpânea pământurile pe care era născut.

Azi intelectualul nu mai vrea copii; țăranul vrea 1—2 copii, mai mulți nu. Dacă lucrurile vor merge tot așa e ușor să facem o statistică și vom vedea câți vom fi de acum în 50 ani. Desigur că această statistică nu va fi în favorul nostru și nu o să ne bucurăm cetind-o. Starea aceasta de lucruri trebue să ne îngrijoreze, să ne pună pe gânduri și să ne pună pe lucru. Dacă nu avem mijloace să înmulțim numărul nașterilor, un lucru mai putem face: să micșorăm mortalitatea copiilor.

In anul 1871, pe timpul războiului franco-german, Germania avea aceeaș populație ca și Franța; azi Germanii au o populație de 2 ori cât Francezii, nu datorită faptului că Germanii sunt mai prolifici decât Francezii ci datorită faptului că Germanii au micșorat mortalitatea infantilă într'o măsură în care Francezii n-au putut-o.

Numai micșorarea mortalității infantile în România poate face ca populația României să sporească în modul în care sporea înainte de războiu. Mureau mulți Români dar se năsteau mulți, așa că aveam un echilibru activ în favorul populației; azi dacă se reduce numărul

naşterilor, noi trebue să facem ca să scădem şi numărul morţilor, aşa că echilibrul să poată deveni iarăşi activ în favorul sporirei populaţiei, pierdem în naşteri dar câştigăm prin numărul mic al morţilor. Să combatem deci bolile cari dau o mortalitate infantilă mare şi să instruim populaţia în îngrijirea copiilor mici dându-le sfaturi şi asistenţă medicală apropiată.

Colonitile de vară la mare sau la munte în plin soare fac ca cele două „boli ale carenţei solare" „rahitismul şi anemia" să dispară şi astfel copiii sunt redaţi vieţii şi neamului. Vechile dispensarii din România mică îşi aveau şi ele partea lor de binefacere în această direcţie prin tratamentul gratuit şi astfel prin ademenirea populaţiei de a veni la consultaţii şi a fi descoperite astfel cazurile de sifilis şi tuberculoză latentă sau manifestă. Fiindcă atât progresul, cât şi degenerarea unui popor vine de jos, acolo în mijlocul populaţiei de jos trebue să fim înarmaţi mai bine. Dispensariile şi Casele de Ocrotire sunt în prezent mijloacele prin care am putea scădea mortalitatea infantilă la ţară.

De aceea credem că această Casă de Ocrotire din comuna Jina este o binefacere pentru comună, binefacere care se resfrânge indirect asupra ţării.

Casa de Ocrotire din comuna Jina a fost înfiinţată în anul 1932 prin stăruinţa neobosită a medicului primar judeţean de atunci Dr. I. Stoichiţia, actualul Insp. Gen. Sanitar al regiunei Sibiu. Fără acest sprijin moral şi fără sprijinul material dat de judeţ şi Stat, făcute la insistenţa neobosită a d-lui Dr. Stoichiţia, această Casă nu ar fi luat fiinţă.

Comuna Jina aşezată la înălţimea de 1050 metri deasupra nivelului mării are o populaţie pur românească de 3.800 suflete cu un hotar de 64.000 jugăre, astfel încât cea mai mare parte a anului populaţia nu rămâne în sat ci e răspândită pe întregul hotar, la colibi, în munţi, unde se ocupă exclusiv cu creşterea oilor, vacilor şi exploatarea lemnului de brad, în urma cărui fapt membri aceleaşi familii sunt împărţiţi în diferite locuri: bătrânii rămân acasă, femeia la colibă, copiii trimişi cu vitele la păşune, iar bărbatul aleargă la târguri să-şi valorizeze produsele.

Controlul părinţilor asupra copiilor şi al bărbatului asupra femeii este aproape inexistent astfel încât moralul familiei nu e prea ridicat, dovadă numărul anual cel mare (20—25) al copiilor ilegitimi. Nu e deci mirare dacă sifilisul în această comună este răspândit mai mult decât se poate închipui, iar mortalitatea infantilă în urma „debilităţii congenitale" este mai mare decât în oricare comună din ju-

deţul Sibiu. Acest fapt trist fiind bătător la ochi s'a făcut o minuţioasă anchetă sanitară în comună, iar rezultatele anchetei au dus la înfiinţarea Casei de Ocrotire.

Casa de Ocrotire din comuna Jina constă din 3 camere şi curte, închiriate. O cameră e întrebuinţată ca sală de aşteptare, camera a 2-a sală de consultaţii şi tratament, iar camera a 3-a este locuinţa sorei de ocrotire, care stă în permanenţă în comună. Mobilierul constă din o masă mare ginecologică, masă de cristal, suporturi pentru irigatoare, dulapuri pentru medicamente şi lingerie, dormiezâ, pat, în sfârşit tot ceiace este necesar pentru trebuinţele unei Case de Ocrotire reduse.

Instrumentarul este dăruit de Ministerul Sănătăţii, iar mobilierul de Prefectura judeţului Sibiu. Casa de Ocrotire mai dispune de lingerie (pături, ciarciafuri, saltele, halate, pentru bolnavi cămăşi, ismene, pantofi) 10 noptiere şi veselă, dăruite de Ministerul Sănătăţii pentru timpul apropiat, când această Casă de Ocrotire va putea funcţiona cu paturi pentru bolnavi internaţi şi izolaţi.

Casa de Ocrotire este condusă de medicul de circumscripţie fiind ajutat de sora de ocrotire, şi de o femee de serviciu.

Consultaţiile se fac la această Casă de Ocrotire în mod absolut gratuit pentru întreaga populaţie a comunei Jina indiferent de averea de care dispune bolnavul şi indiferent de boala de care ar suferi, în fiecare săptămână de două ori: Joia şi Dumineca. Pe lângă consultaţiile gratuite, se face aci şi tratamentul antiveneric, deasemenea tot aci se fac şi vaccinările antivariolice anuale. Toate femeile cari nasc, după lăuzie sunt obligate să se prezinte cu copiii lor la Casa de Ocrotire pentru a fi inspectaţi de medic şi a li se da noţiuni de creşterea copiilor, indiferent dacă copiii sunt născuţi din mame sănătoase sau bolnave. Acelaşi lucru îl fac şi femeile gravide toate fiind obligate să se prezinte la Casa de Ocrotire de a fi examinate şi a li se da noţiuni necesare stării lor. Afară de aceasta sora de ocrotire, indiferent că este chemată sau nu, ţine în evidenţă toate gravidele şi toţi nouii născuţi din comună şi la intervale regulate cercetează la domiciliu pe fiecare gravidă, lăuză sau nou născut.

In anul 1933 s'au dat în total 2,557 consultaţii gratuite dintre cari:

Bărbaţi	666
Femei	1410
Copii	481

S'a făcut tratament antiluetic pentru 113 persoane, iar sora de ocrotire a făcut în total 1704 inspecţii la casele gravidelor, lăuzelor, bolnavilor şi nouilor născuţi din comună.

Casa de Ocrotire fiind în funcţiune abea de un an nu putem preciza o diferenţă evidentă între numărul născuţilor şi al morţilor dintre anul de funcţionare şi anii trecuţi, lucrul acesta se poate evidenţia abea după o funcţionare de mai mulţi ani.

Un fapt îmbucurător care se observă este plăcerea şi încrederea cu care populaţia comunei priveşte această instituţie sanitară, mai departe încrederea cu care populaţia vine să-şi facă tratament antiluetic. Încrederea pe care o au oamenii în analiza sângelui pe care o cer singuri, e o dovadă că această instituţie este bine venită şi va aduce roade în viitor făcând ca de acum înainte şi românul să aibă încredere în medic şi soră de ocrotire şi să nu mai recurgă la leacuri băbeşti, descântece şi alte tratamente empirice.

Casa de Ocrotire este administrată de o comisie compusă din medicul de circumscripţie, primarul comunei, notarul, preotul şi directorul şcoalei, cari pentru bunul mers al acestei instituţii ţin şedinţe regulate lunare şi după necesităţi. De 2 ori pe an aceste şedinţe sunt prezidate de Primpretorul plasei.

Casa de Ocrotire s'a susţinut în anul 1933 prin subvenţii dela judeţ şi comună în sumă totală de Lei 38.000 din cari comuna a contribuit cu suma de 5000 Lei, dând încălzit şi luminat în natură, iar judeţul a votat suma de 33.000 Lei, din care s'a încasat 25.000 Lei, iar restul de 8000 Lei au rămas neachitaţi.

In urma celor de mai sus se vede importanţa acestei instituţii, care trebue susţinută cu orice jertfă materială din partea judeţului şi a comunei.

Dr. Eugeniu Dobrotă
medicul Casei de Ocrotire.

Mişcarea populaţiei în Judeţul şi Municipiul Sibiu în luna Aprilie 1934.

Judeţ:

Numărul populaţiei la 1 Aprilie 1934 este de 150.361 suflete şi anume:

Români . . .	111.408	= 74.1%
Saşi	36.693	= 24.4%
Alţii	2.260	= 1.5%

Natalitatea:

S'au născut 318 copii şi anume: 242 Români, 73 Saşi şi 3 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală = 25.3‰

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă

la Români	26.0‰
la Saşi	33.8‰

Naşterile după sex dau 163 băeţi la 155 fete, adecă la 100 băeţi 95 fete.

Dup starea civilă avem 294 naşteri legitime şi 25 nelegitime, procentul naşterilor nelegitime este deci de 8.5%. Acest procent este de 9.0% la Români şi 2.7% la Saşi

Mortalitatea.

Numărul decedaţilor a fost de 197 şi anume: 152 Români, 43 Saşi şi 2 de alte naţionalităţi.

Mortalitatea generală = 15.7‰

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă

la Români	16.3‰
la Saşi	14.0‰

Numărul cel mai mare de decese îl dau adulţii dela 60 ani în sus (40.1%) şi copiii sub 1 an (20.8%).

Mortalitatea infantilă.

Numărul deceselor sub 1 an au fost de 41, dintre cari 30 Români şi 11 Saşi.

Cifra mortalităţii infantile = 128.9‰.

Mortalitatea infantilă după naţionalităţi dă următoarele cifre:

la Români . . . . . 123.9‰
la Saşi . . . . . 150.6‰

Mortinatalitatea.

S'au înregistrat 5 născuţi morţi, 3 la Români şi 2 la Saşi.

Raportând această cifră la 100 născuţi vii, obţinem cifra mortinaatlităţii de 1.5%; după naţionalităţi avem:

la Români 1.2%
la Saşi 2.7%

Observări.

In 10 comune n'a fost nici o naştere, în 13 comune nu s'a înregistrat nici un deces. In 16 comune s'au înregistrat numai decese dela etatea de 60 ani în sus, iar în 6 comune numai decese sub 1 an.

Municipiu.

Numărul populaţiei Municipiului Sibiu este de 49.402 suflete şi anume:

Români 18.682
Saşi 21.580
Alţii 9.140

Natalitatea.

S'au născut 71 de copii şi anume: 32 Români, 31 Saşi şi 8 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală este de 17.2‰.

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români . . . . . 20.5‰
la Saşi . . . . . 17.2 „

Naşterile după sex dau: 36 băeţi şi 35 de fete, adecă la 100 de băeţi 97 fete.

După starea civilă avem 68 naşteri legitime şi 3 naşteri nelegitime.

Procentul naşterilor nelegitime este de 4.40%. Acest procent este de 3.12% la Români şi 3.22% la Saşi.

Mortalitatea.

Numărul decedaţilor a fost de 41 şi anume: Români 14, Saşi 18, alţii 9.

Mortalitatea generală = 9.9‰.

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă:

Români . . . . . 8.9‰
Saşi . . . . . 10.0 „

Numărul de decese la adulţi, dela 50 de ani în sus a fost de 36.61%, iar copii sub 1 an 9.85‰.

Mortalitatea infantilă.

Numărul deceselor sub 1 an au fost de 7 dintre cari: Români 4, Saşi 2, alţii 1. Cifra mortalităţii infantile este de 98.5‰.

Mortalitatea infatilă după naţionalităţi ne dă:

Români . . . . . 125.0‰
Saşi . . . . . 64.5 „

Mortinatalitatea.

S'au înregistrat 2 născuţi morţi, amândoi la Români. Raportând aceasta cifră la 100 de născuţi vii, obţinem cifra mortinatalităţii de 2.81%.

Judeţ şi Municipiu întrunite:

Natalitatea generală . . . . . 23.3‰
a) Români . . . . . 25.2‰
b) Saşi . . . . . 21.4 „
Mortalitatea generală . . . . . 14.2‰
a) Români . . . . . 15.3‰
b) Saşi . . . . . 12.5 „
Mortalitatea infantilă . . . . . 123.4‰
a) Români . . . . . 124.0‰
b) Saşi . . . . . 125.0 „
Mortinatalitatea 1.7%
a) Români 1.8%
b) Saşi 1.9%
Rata excedentului natural . . . . . 9.1‰
a) Români . . . . . 9.9‰
b) Saşi . . . . . 8.9‰

Dr. Ioan Cosma
medic primar al judeţului Sibiu.

Dr. Ioan Sturza
medic-şef al oraşului Sibiu.

Revista revistelor.

Igienă socială.

Dr. I. Nemoianu: *Mortalitatea infantilă în Banat.*

Dl Dr. Nemoianu a ţinut, în ziua de 18 Febr. 1934, la Institutul Social Banat-Crişana, o conferinţă tratând mortalitatea infantilă în Banat. A avut fericita inspiraţie ca această conferinţă atât de documentată să o publice într'o broşură.

După ce printr'un lux de cifre statistice dela Institutul Demografic arată că Banatul este provincia care are natalitatea cea mai mică, o mortalitate generală mare şi ca urmare un excedent natural în minus, un procent redus de căsătorii şi un procent urcat la divorţuri, totaşa un număr foarte mare de copii nelegitimi, ajunge la concluzia că toate aceste simptome duc la slăbirea *familiei* care este instituţia socială cea mai importantă într'un stat.

Cauzele denatalităţii sunt de ordin social şi de ordin medical. In cele de ordin social aminteşte în primul rând cauzele morale, munca extra-familiară a mamei, starea materială rea, alăptarea artificială a copilului, lipsa de cultură a femeilor dela ţară. Intre cauzele de ordin medical primul loc îl deţine afecţiunile acute ale aparatului respirator urmate de tulburări alimentare şi debilitatea congenitală.

Prognosticul la care ajunge autorul nu este favorabil de loc Banatului şi la toate acestea se mai adaugă şi calitatea inferioară a generaţiilor de copii de după războiu.

Pentru combaterea acestui cerc vicios de depopularizare a Banatului autorul găseşte în timpurile aceste grele două puncte de atăcat: denatalitatea şi mortalitatea infantilă, şi spune că dacă am avea pentru copii numai un sfert din grija pe care o avem pentru adulţi, problema mortalităţii copiilor s'ar putea rezolvi într'o formă mulţumitoare. **Dr. C. Ivan.**

Chirurgie.

Prof. Dr. I. Iacobovici şi Dr. St. I. Jianu: *Contribuţiuni la studiul fracturilor coloanei vertebrale.* Revista de chirurgie Nr. 1—2 din Ian.-Febr. 1934. Anul XXXVII.

Autorii prezintă din clinica chir. din Cluj un număr de 44 fracturi de coloană vertebrală. Reg. Clujului prezintă condiţii specifice de producere a fracturilor datorită faptului că populaţia se ocupă mult cu exploatarea pădurilor. In 60% au găsit cauze directe. După localizări au avut 14 cervicale, 14 dorsale şi 16 lombare. Una singură a fost deschisă şi şi aceia produsă prin armă de foc. Iar una prin diastaza unei vertebre lombare a angajat o ansă intestinală producând fenomene de strangulare. Leziuni nervoase le-au găsit în 54,5%, ele pot fi datorite sau leziunilor de compresiune sau de destrucţie; localizate după regiuni le-a găsit în reg. cervicală 57,1%, în reg. dorsală 78,5%, iar în reg. lombară în 18,7%. Incontinenţa de urinare şi fecale au întâlnit-o destul de frecvent.

Ca tratament în fracturile închise ale coloanei vertebrale autorii recomandă, afară de cazurile cu indicaţiuni speciale, tratamentul conservativ; cel mai bun este repausul în pat dar, timpul să fie limitat în mod strict numai cât e necesar pentru consolidare, în general 4—5 săptămâni. In fracturile cu leziuni medulare dacă trebue să se facă intervenţie să se facă tardiv, numai în cazuri de fracturi cu înfundarea arcurilor vertebrale este indicată operaţia precoce pentru a se îndepărta compresiunea. Mortalitatea a fost de 25% cel mai mare procent deţinându-l reg. cervicală.

Prof. C. Angelescu şi Doc. Buzoianu: *Patogenia hipotensiuni arteriale în rachianestezie.* Revista de chirurgie Nr. 3—4 Mart.—Aprilie 1934, anul XXXVII.

Una dintre cele mai frecvente şi importante acuzaţii ce s'a adus rachianesteziei este hipotensiunea vasculară. Nici nu se poate concepe anestezie rachidiană fără modificarea hipotensivă a tensiunei vasculare, aceasta datorită la o serie întreagă de factori cari acţionează direct sau indirect. Intre aceşti factori autori notează: 1. Substanţa anestezică; 2. Cantitatea anesteziculuí introdus; 3. nivelul

injecțiunii intrarachidiene; 4. difuzibilitatea lichidului anestezic în interiorul lichidului cefalo-rachidian; 5. starea anterioară a tensiunii arteriale. Toate aceste elemente își au rolul lor, însă în unele împrejurări unul din ele poate avea un rol dominant. Chirurgul trebue să țină cont de el în momentul rachianesteziei. Afară de acești factori secundari sau indirecți, adevăratul factor primordial sau direct care are un rol determinant în mecanismul hipotensiunii rachianestezice este sistemul neuro-vegetativ. Toate celelalte elemente lucrează prin intermediul acestui sistem. Rachianestezia are asupra sistemului neuro-vegetativ o acțiune *hipoamfotonă* cu predominență simpatică și aceasta este cauza hipotensiunei vasculare care o întâlnim în timpul și după rachianestezie. Aceste efecte vegetative fac parte integrantă din rachianestezie ca și diminuarea sau abolirea sensibilității ori a motricității reflexe și voluntare.

Idealul ar fi ca chimia sintetică să găsească o substanță care injectată spinal să aibe acțiune numai asupra sensibilității și motricității reflexe și voluntare și să fie lipsită de a treia acțiune cea hipoamfotonă. Până astăzi efectele hipoamfotone nu le putem evita ci numai corecta prin substanțe chimice cari lucrează direct sau indirect asupra hipotensiunii. Efedrina și efetonina împreună cu toate derivele lor acționează în mod direct asupra sistemului vegetativ, având o acțiune contrară efectelor pe cari le produce rachianestezia.

Datorită acțiunii terapeutice patogenică a efedrinei, astăzi s'a transformat perioada operatorie și post operatorie a rachianesteziei. Substanțele chimice indirecte au ca acțiune numai ridicarea tensiunii arteriale.

Dr. C. Ivan.

R. Jeanneret, M. Ribet și F. Faure. *Reprise éloignée des fonctions du diaphragme après phrénicectomie.* (Présse Médicale 9 Mai 1934).

Autorii publică două cazuri de revenire tardivă (după 1—2 ani) a funcțiunilor diafragmului după frenicectomie, atrăgând atenția asupra disocierei dintre funcțiunea motrice și funcțiunea tonică.

Autorii relevă interesul practic al chestiunei, deoarece aceste reveniri funcționale ale diafragmului au provocat agravarea focarelor t. b. c. pulmonare, cari se ameliorase mult dupe frenicectomie. Astfel de accidente au fost semnalate și de alți autori în ultimii 2 ani. Rautureau, Sallé și Bohémier (Presse Médicale No. 54, 1933) publică 9 cazuri de recidive (cu un procent de 18%).

Autorii amintesc pe scurt inervația motorie și tonică a diafragmului.

Inervația motorie este asigurată de nervul frenic, care pleacă din plexul cervical prin trei ramuri C^3, C^4, C^5, (C^4 fiind rădăcina principală). Frenicul are adeseori prin C^5, anastomoze cu nervul subclavicular, constituind un frecvent „frenic accesoriu". Acest frenic accesoriu sau alții formați din alte rădăcini cervicale, întâlnesc triunchiul principal mai jos, uneori aproape de diafragm. Deasupra diafragmului, frenicul mai formează cu frenicul opus o altă anastomoză, care nu este recunoscută de toți autorii. Trebuesc menționate și câteva fire din ultimii nervi intercostali cari inervează partea periferică a diafragmului.

Inervația tonică și trofică a diafragmului este asigurată de anastomozele dintre frenic cu ganglionii simpatici cervicali, mai ales ganglionul inferior, cu plexul diafragmatic inferior, câteva ramuri trimise de marele splanchnic la stâlpii diafragmatici și prin ultimii intercostali. Dar calea principală a tonusului diafragmatic pare să fie anastomoza dintre frenic și simpaticul cervical.

In ce privește modalitatea revenirei motilității și tonicității diafragmului, autorii discută două posibilități, ca fiind mai probabile:

1. Persistența de căi colaterale prin anastomoze ce întâlnesc frenicul mai jos, în torace.

2. Regenerarea nervului, susținută de Sergent și C. Launay în urma experiențelor făcute,

prin excitarea electrică a cicatricelor frenicectomiilor după recuperarea funcţiei motrice (publicate în Bull. Académie de Médicine No. 25, din 1933).

In această eventualitate, a regenerării nervului, autorii cer să se caute din nou triunchiul principal al frenicului la nivelul vechei cicatrici, şi negăsindu-l, să se facă operaţia lui Goetze, în hipoteza regenerării unui frenic accesor.

In concluzie se recomandă să se facă o frenico-exereză pe o cât mai mare lungime, cel puţin 8 sau cel puţin 12 cm. după unii autori, pentru a obţine rezultate eficace definitive, sau de lungă durată.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Oftalmologie.

Cerchez-Iaşi. *Flictenele oculare şi tuberculoza; frecvenţa lor în raport cu vârsta şi sexul.* Revista de igienă socială No. 4, 1934.

Autori ca Leitner, Axenfeld şi Weeckers prin cercetări au stabilit legătura patogenică între tuberculoză şi apariţia flictenelor oculare.

Examinările radiologice au arătat coexistenţa unei adenopatii tracheobronşice sau a unei leziuni tuberculoase de cele mai multe ori benigne.

Autorul verifică observaţia lui Weeckers: că flictenele oculare apar mai des la sexul femenin arătând pe o statistică de 306 cazuri o procentualitate de 62,12 pentru femei.

Etatea la care flictenele apar mai frecvent este între 1—3 ani având 64 de cazuri la această vârstă. Intre ani 4—10 găseşte 112 cazuri, iar între 10—58 ani 120 cazuri. Din aceste date trage concluzia că flictena oculară este o boală mai mult a copilăriei.

Propune examinarea prin mijloace radiologice a copiilor cari prezintă flictene precum şi o orientare profesională la şcolarii suferinzi de această afecţiune. In colonii vor fi grupaţi izolat aceşti copii. **Dr. C. Banu.**

André Barbé: *Les contractions de l'iris dans les troubles mentaux.* Presse méd. No. 43, Mai 1934.

La indivizii normali oscilaţiunile irisului observate cu oftalmoscopul lui Juval Schiotz sunt în medie de 14 în două minute. In cazul unei dilatări pupilare normale trebue un timp de 10—16 sec. până la prima oscilaţie. Midriaza întârzie debutul oscilaţiunilor.

Autorul a reuşit să imobilizeze irisul în midriază prin unele excitaţiuni periferice sau prin efort muscular.

In stare patologică — la idioţi — în majoritatea cazurilor nu sunt oscilaţiuni ale irisului.

La imbecili hipusul apare târziu aproximativ după 3—4 min. de observaţie, frecvenţa fiind redusă (4 oscilaţii la 2 min.), iar amplitudinea deasemenea.

In cazurile de demenţă senilă se constată rigiditase pupilară după mai multe minute de observaţie.

In psihozele discordante oscilaţiunile sunt rari şi abia vizibile. Observaţia interesantă e, că în aceste cazuri cu cât tulburările psihice erau mai grave, cu atât şi contracţiunile pupilare erau mai tulburate, iar odată cu ameliorarea semnelor psihice se produce şi o apropiere de normal a oscilaţiunilor pupilei.

Melancolicii examinaţi prezentau oscilaţiuni cu atât mai rari şi mai reduse cu cât anxietatea era mai puternică.

In paralizia generală irisul rămâne imobil fără să fie un paralelism între oscilaţiunile irisului şi reacţiunea la lumină. Autorul a observat 2 cazuri de p. g. cu semnul lui Argyll Robertson la care irisul avea totuşi câteva oscilaţii.

După Barbé observarea oscilaţiilor iriene are o valoare diagnostică şi prognostică considerabilă căci încetinirea sau lipsa complectă a oscilaţiilor coincide cu o stare demenţială existentă sau pe cale de evoluţie.

Dr. C. Banu.

Otorinolaringologie.

Revue de laryngologie, otologie, rhinologie N. I. 1934.

Prof. H. Neumann: *Consideration sur l'etiologie, le diagnostic de la meningite otitique.*

După o paralelă între meningita adultului şi a copilului cu o descriere a semnelor cli-

nice şi de laborator autorul insistă asupra necesităţii unui tratament chirurgical cât mai timpuriu. Prognosticul e mult mai bun în intervenţiunile făcute în faza prodromică. In această fază două simptome trebuesc remarcate: cefalea şi febra 39°—40° la care vom adăoga rezultatele date de puncţia lombară, care trebue făcută cât mai curând, înaintea apariţiei simptomelor clinice nete de meningită (redoarea cefei, semnul lui Kernig etc.) Rezultatul pe de altă parte depinde de intervenţiune ce trebue să fie cât mai largă prin ridicarea focarului otic (mastoidectomie sau chiar evidare petromastoidiană). Mai ales la copii şansele de vindecare sunt mai mari dacă se ţine seama de aceste recomandaţiuni; astfel din 22 bolnavi copii sub 15 ani, autorul a avut 21 vindecări, iar la 14 bolnavi adulţi numai unul vindecat.

Dr. Gheorghiu I.

Revue de o, r. l. No. 3/1934.

Prof. Ferreri (Roma). *Roentgenterapia în în tuberculoza laringelui.*

Arsenalul terapeutic al tbc. laringelui nu conţine nici un agent care să constitue un prea util mijloc de vindecare. De aceia găseşte în razele Roentgen o armă care nu trebue neglijată.

Razele R. se pot aplica în toate formele de laringită tbc. (nu prea avansate) dar dau rezultate mai bune în forma tumorală (vegetantă).

Fiind o armă cu două tăişuri trebueşte aplicată cu multă grijă din partea radiologului în doza biologică, spre a nu produce radionevroze. Ameliorările şi vindecările cari trebuesc aşteptate cu răbdare săptămâni de zile, apar în primul rând prin dispariţia disfagiei dureroasă, apoi prin diminuarea infiltratiei şi în fine cicatrizarea.

Statisticele diverşilor autori dau până la 60% de vindecări în forma hipertrofică — mai puţine în celelalte forme.

Dr. Gheorghiu.

Note de Terapeutică.

1. **Cancer.** *Traitement par la clorophylle.* (L'année thérapeutique 1933. A. Ravina).

David-Galaţi publică în Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, Sept. 1933 încercările de tratament cu clorofilă făcute în cancer.

Cunoscând rolul important pe care îl are clorofila în regularea creşterii plantelor verzi şi anume un rol frenator, dar numai sub acţiunea razelor solare (se ştie că plantele verzi ţinute la întunerec se desvoltă exuberant, neregulat), — autorul caută să folosească acest rol frenator al clorofilei în tratamentul tumorilor la om sub trei forme:

I. *Pastă cu clorofilă* aplicată în cazuri de cancere ale pielei şi băi de soare; după 24—48 ore se schimbă pansamentul, curăţind ulceraţia cu o soluţie de Carbonat de Na 5% şi se aplică un nou pansament cu clorofilă. Autorul a obţinut vindecări frumoase (cu epidermizare rapidă) după numai 4 aplicaţii de clorofilă.

II. *a)* In cazuri de cancere viscerale profunde, inoperabile, a făcut injecţii intra-venoase zilnice, cu 1—5 cc de *soluţie de clorofilă*, până la 13 injecţii, aplicând (odată la 3 zile), Röntgenterapie pe oasele lungi şi splină; a obţinut ameliorarea stării generale, scăderea durerilor, oprirea caşexiei.

b) In cazuri de tumori ale cavum-ului, pe lângă injecţiile intra-venoase de clorofilă, a aplicat iradiaţii în doze puternice, direct pe tumoră, obţinând scăderea rapidă de volum a tumorei şi ameliorarea considerabilă a stării generale.

III. Autorul pretinde că se obţin rezultate asemenea cu o compoziţie de clorofilă-radium activat (care ar înlocui radioterapia) în lupus, ulcere varicoase, plăgi atone.

2. **Alcoolisme cronique.** *Traitement par le clorhidrate d'Emétine.* (L'année thérapeutique 1933, par A. Ravina).

Bodard publică în *Archives médicales belges* Sept. 1933, încercările terapeutice făcute cu clorhidrat de emetină în turburările nervoase şi mintale ale alcoolismului. Acest medicament

acţionează grăbind eliminarea toxicului din sistemul nervos şi ca decongestionant prin efectul depresor asupra tensiunei arteriale.

Autorul a practicat injecţii subcutane dintr'o soluţie cu 2 ctgr. pe 1 cc., dozele diferind dupe individ şi caz.

In *Delirium tremens* se fac câte 2 injecţii pe zi în primele 3 zile şi se continuă apoi cu 1 injecţie pe zi, până la 11 zile. După aceia urmează o serie de injecţii cu 1 mlgr. stricnină. S'a obţinut o sedare a fenomenelor halucinatorii, a delirului, a tremurăturilor.

In *Demenţa alcoolică*, tratată mai ales în perioada prodomică, se poate obţine desobişnuirea de alcool, făcându-se câte 1 injecţie în ziua 1-a, a 3-a, a 5-a, a 8-a, a 12-a, a 7-a, a 23-a şi a 30-a, continuând apoi cu o injecţie pe săptămână. Astfel se pot obţine vindecări perzistente cu un adevărat desgust pentru băuturi alcoolice.

Bodard atrage atenţia asupra faptului că tratamentul trebue făcut cu ştirea şi colaborarea bolnavului (consimţământul său fiind indispensabil din punct de vedere medico-legal).

Se recomandă supravegherea într'o casă de sănătate, pentru micşorarea dozelor de alcool.

Contra indicaţiile acestui tratament sunt: vârsta înaintată şi insuficienţele cardiace.

Autorul propune să se experimenteze emetina şi în cazuri de intoxicaţie cu morfină şi cocaină.

In dipsomanie nu s'au obţinut rezultate apreciabile.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Activitatea medico-socială.

In zilele de 6, 13 şi 20 Mai 1934 s'a executat o minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Gurarîului. Pregătirile pentru anchetă s'au făcut de către dl Dr. I. Cosma medicul primar al judeţului Sibiu asistat de medicul de circumscripţie Dr. Olariu şi D-şoara M. Manta revizoara surorilor de ocrotire.

Echipa de medici şi personal sanitar auxiliar a lucrat în cele trei zile sub conducerea Domnului Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia având următoarea compunere:

Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Sturza, Dr. Mitter, Dr. Păcurariu, Dr. Manta, Dr. Ionaşiu, Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Ghiţescu, Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Stupariu, Dr. Roşca, Dr, Gâdei, Dr. Ivan, Dr Mihail, Dr. Dosios, Dr. Arz, Dr. Lupaş, Dr. Bucur, Dr. Dădârlat, Dr. Nicolae, Dr. Kotschik, Dr. Kenst, Dr. Olariu, Dr. Căpitanovici, Dr. Weindel, Dr. Popescu, Dr. Teleman, Dr. Lungu, Dr. Teutsch, Dr. Filipescu, Dr. Slavu, Dr. Lövy şi Dr. Baca.

Farmacişti: Victor Pop şi Domnariu.

Surori de ocrotire: M. Manta, V. Buzea, Simonis, Topolog, Roşca, Nemeş şi V. Manta.

Oameni de serviciu: Duna şi Guţă.

Echipa de medici a vizitat toate gospodăriile din comună în număr de 738 şi a examinat din punct de vedere medical, din totalul de populaţie a comunei care este de 3281 de locuitori un număr de 2949 de persoane, adecă 89,8% a populaţiei din întreaga comună.

O atenţiune deosebită s'a acordat populaţiei şcolare care a fost examinată în mod detaliat de către medici specialişti. S'au examinat în total 620 elevi şcolari şi s'au executat 438 reacţii Pirqet cu tuberculină.

Tot cu aceasta ocaziune s'au examinat şi cei 114 copii orfani din aşezământul „Vatra Copiilor din Orlat.

In cele trei zile cât a durat ancheta s'au completat în total cu toate datele medicale un număr de 3.063 de fişe sanitare individuale.

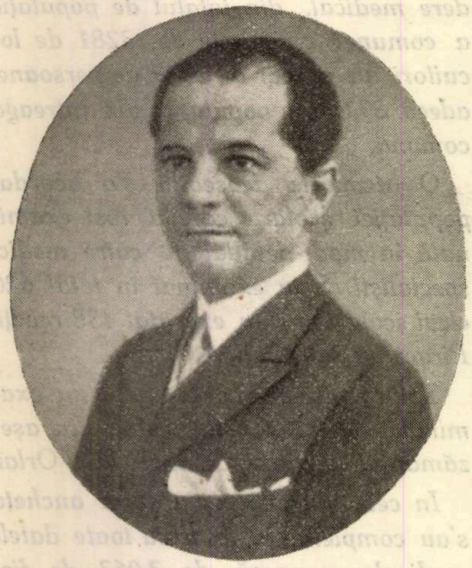
Echipa de medici specialişti a dat următoarele consultaţii de specialitate:

Boli interne	*282*
Boli ginecologice . .	*79*
Otorinolaringologice .	*114*
Oftalmologice . . .	*135*
Boli nervoase . . .	*37*
Dermatologice . . .	*49*
Extracţii dentare . .	*520*
Reacţţ Wassermann .	*229*
Reacţii Pirqet . . .	*438*

Medicamente gratuite au primit 1122 persoane.

La ancheta medico-socială din 20 Mai 1934 a participat şi Domnul Dr. Ygrec, ziarist din Bucureşti. **is.**

Dl Profesor Dr. Danielopolu a fost ales de curând membru corespondent al Academiei de Medicină din Paris.



Profesor Dr. DANIELOPOLU
Preşedintele Asociaţiei Generale a Medicilor.

Votul înaltului Areopag este o ilustră recunoaştere a contribuţiei adusă de distinsul savant român ştiinţei medicale internaţionale.

Consacrat prin lucrările D-Sale în domeniul sistemului nervos vegetativ, căruia i-a smuls şi numeroase aplicaţii practice, — D-Sa s'a afirmat în ultimul timp a fi un deschizător de căi noui şi pe terenul social, luptând atât pentru asigurarea unei mai bune asistenţe medicale în toate straturile sociale cât şi pentru strângerea rândurilor corpului medical şi apărarea intereselor profesionale.

Păstrând frumoasă amintire şi multă recunoştinţă echipei ştiinţifice care a realizat frumoasele „Zile Medicale" de anul trecut, „Sibiul Medical" urează Domnului Profesor Danielopolu viaţă lungă şi putere de muncă pentru desăvârşirea programului început.

* * *

Adunarea generală a Asociaţiei generale a medicilor:

In dimineaţa zilei de Duminecă 10 Iunie 1934 s'a ţinut în Capitală adunarea generală anuală a Asociaţiei generale a medicilor, sub preşedinţia dlui Prof. Dr. Danielopol, *asistat de dnii: prof. Dr. P. Tomescu, Dr. S. Irimescu, Dr. Gh. Marinescu, Dr. Marius Georgescu, Dr. B. Frankel, Dr. Crăciun, Dr. Ţovaru, Dr. C. C. Dimitriu, Dr. Tătaru.*

Dl Dr. Crăciun, *secretar general al Asociaţiei, a făcut o dare de seamă a activităţii asociaţiei pe anul trecut.*

Dl Dr. C. C. Dimitriu *a expus situaţia financiară.*

Dl Dr. Tătaru *a făcut raportul activităţii oficiului sindical însărcinat cu recuperarea onorariilor neachitate.*

Au mai luat cuvântul dnii: prof. Ion Jianu, *general* Dr. Vicol, *inspector general sanitar* Dr. Stoichiţia-Sibiu, Dr. Gancevici-Iaşi, Dr. Alfandary, Dr. Rădulescu.

Dl Prof. Dr. Danielopol *a făcut o amplă expunere a situaţiei sanitare a ţării, propunând mijloace pentru îmbunătăţirea acestei situaţii şi a practicei medicale. D-Sa a înfăţişat programul de viitor al Asociaţiei, făcând un apel călduros la solidaritatea medicilor.*

Adunarea generală a luat sfârşit pe la ora 11½ a. m.

După aceea a avut loc o şedinţă a Comitetului central, care în unanimitate a reales vechiul birou pe o nouă perioadă de un an.

Băi gratuite.

***Dl Dr. Costinescu**, Ministrul Sănătăţii a făcut cunoscut Asociaţiei Generale a Medicilor, că în acest an s'au acordat băi gratuite tuturor medicilor, în Staţiunile dependente de Minister.*

Congresul naţional de balneologie:

In ziua de Duminecă 10 Iunie 1934 a avut loc în Capitală al XIII-lea congres naţional de balneologie, prezidat de dl general Dr. Vicol, asistat de dnii D-ri Ettinger, Meţianu, Daniel şi Gherghinescu.

Au făcut comunicări dnii: agregat Dr. Băltăceanu, prof. Enescu, docent Dr. Daniel, Dr. Ghimpeanu, Dr. Horia Slobozeanu, general Dr. Vicol, Dr. Purcăreanu etc.

Curs de perfecţionare organizat de către Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj. *„Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj“*, organizează cu data de 25 Iunie la 7 Iulie 1934, un curs de perfecţionare despre *„Actualităţi în terapeutica clinică“* pe seama medicilor oficiali şi particulari din ţară, cu următorul program:

25 Iunie.

10—11 h. — Prof. Dr. I. Haţieganu: *Diagnosticul şi tratamentul sindromului abdominal polivalent.*

11—12 h. — Prof. Dr. Michail: *Actualităţi terapeutice în oftalmologie.*

12—1 h. — Prof. Dr. C. Grigoriu: *Actualităţi terapeutice din domeniul obstetricei şi ginecologiei.*

5—6 p. m. — Docent Dr. I. Gavrila: *Tratamentul modern al diabetului zaharat.*

6—7 p. m. — Docent Dr. T. Popovici: *Conduita terapeutică în apendicită şi în afecţiunile organelor învecinate la femee.*

26 Iunie.

10—11 h. — Prof. Dr. I. Aleman: *Repercusiunile focarelor infecţioase buco-dentare asupra organismului şi tratamentul lor.*

11—12 h. — Agregat Dr. Elena Negru: *Autovaccinoterapia cu Yatren.*
12—1 h. — Prof. Dr. I. Minea: *Antifermentoterapia degenerescenţelor nervoase centrale.*
5—6 p. m. — Prof. Dr. E. Ţeposu: *Tuberculoza renală şi tratamentul ei.*
6—7 p. m. — Prof. Dr. A. Pop: *Starea actuală în tratamentul chirurgical al afecţiunilor biliare.*

27 Iunie.

10—11 h. — Prof. Dr. C. Tătaru: *Consideraţiuni noui în tratamentul sifilisului.*
11—12 h. — Prof. Dr. E. Ţeposu: *Tratamentul infecţiilor netuberculoase ale rinichilor.*
12—1 h. — Prof. Dr. D. Negru: *Radioterapia în limfogranulomatoză.*
5—6 p. m. — Prof. Dr. C. Urechia: *Tratamentul sifilisului nervos şi al paraliziei generale.*
6—7 p. m. — Docent Dr. Axente Iancu: *Norme generale în tratamentul actual al distrofiilor infantile.*

28 Iunie.

10—11 h. — Prof. Dr. C. Tătaru: *Consideraţiuni noui în tratamentul sifilisului.*
11—12 h. — Dr. A. Moga: *Medicamentele cardiovasculare.*
12—1 h. — Dr. C. Berariu: *Undele ultrascurte în terapie.*
5—6 p. m. — Docent Dr. L. Daniello: *Auroterapia în tuberculoza pulmonară.*
6—7 p. m. — Docent Dr. Tr. Popovici: *Tratamentul insuficienţei ovariene.*

30 Iunie.

10—11 h. — Docent Dr. Axente Iancu: *Indicaţiuni terapeutice de actualitate în diareile copiilor de prima vârstă.*
11—12 h. — Prof. Dr. M. Sturza: *Tratamentul hidroterapeutic al bolilor infecţioase.*
12—1 h. — Prof. Dr. M. Sturza: *Demonstraţiunile practice ale procedeelor hidroterapeutice.*
4—5 p. m. — Dr. A. Moga: *Tratamentul insuficienţei circulatorii.*
5—6 p. m. — Prof. Dr. Gh. Martinescu, Decanul Fac.: *Subiect rezervat.*
6—7 p. m. — Prof. Dr. C. Urechia: *Psichonevrozele reactive şi tratamentul lor.*

2 Iulie.

10—11 h. — Prof. Dr. I. Aleman: *Indicaţiuni şi contra indicaţiuni în extracţiunile dentare.*

11—12 h. — Docent Dr. I. Gavrila: *Tratamentul difteriei.*
12—1 h. — Docent Dr. I. Voicu: *Tratamentul hemoragiilor obstetrico-ginecologice.*
4—5 p. m. — Dr. T. Dragomir: *Radioterapia în afecţiunile nervoase.*
5—6 p. m. — Docent Dr. C. Velluda: *Consideraţiuni anatomofiziologice asupra sistemului vegetativ în raport cu o terapeutică raţională a lui.*
6—7 p. m. — Docent Dr. Nichita: *Tratamentul picioarelor strâmbe.*

3 Iulie.

10—11 h. — Docent Dr. I. Gavrila: *Patogenia şi tratamentul scarlatinei.*
11—12 h. — Docent Dr. P. Vancea: *Concepţii noui în terapeutica sifilisului ocular.*
12—1 h. — Docent Dr. V. Cimoca: *Dermatozele alergice şi tratamentul lor.*
5—6 p. m. — Dr. T. Spârchez: *Tratamentul colitelor.*
6—7 p. m. — Prof. Dr. A. Pop: *Tratamentul chirurgical al ulcerului gastro-duodenal.*

4 Iulie.

10—11 h. — Docent Dr. Nichita: *Tratamentul tuberculozei osteoarticulare.*
11—12 h. — Docent Dr. P. Vancea: *Cura radicală în dacriocistita cronică.*
12—1 h. — Dr. Doctor Remus: *Actualităţi terapeutice în otorinolaringologie.*
4—5 p. m. — Dr. I. Mangiuca: *Regimul alimentar în gestaţie.*
5—6 p. m. — Docent Dr. I. Voicu: *Conduita operatorie în obstetrică.*
6—7 p. m. — Dr. Purge: *Tratamentul turburărilor menstruale.*

5 Iulie.

10—11 h. — Prof. Dr. Titu Gane: *Terapeutica tuberculozei infantile.*
11—12 h. — Prof. Dr. I. Goia: *Examenul funcţional al aparatului renal.*
12—1 h. — Docent Dr. V. Cimoca: *Tratamentul afecţiunilor neurocutanate.*
5—6 p. m. — Dr. T. Spârchez: *Tratamentul ulcerului gastric.*
6—7 p. m. — Docent Dr. I. Voicu: *Terapeutica operatorie în obstetrică.*

6 Iulie.

10—11 h. — Prof. Dr. I. Goia: *Tratamentul nefropatiilor medicale.*
11—12 h. — Prof. Dr. Titu Gane: *Terapeutica tuberculozei infantile.*

12—1 h. — Docent Dr. Axente Iancu: *Tratamentul tusei convulsive.*

5—6 p. m. — Dr. I. Danicico: *Tratamentul complicaţiunilor chirurgicale ale blenoragiei.*

6—7 p. m. — Docent Dr. V. Cimoca: *Erorile diagnostico-terapeutice grave în dermatologie.*

7 Iulie.

10—11 h. — Docent Dr. Daniello: *Colapsoterapia în tuberculoza pulmonară.*

11—12 h. — Docent Dr. Axente Iancu: *Tehnica alăptării la nouii născuţi.*

12—1 h. — Docent Dr. I. Gavrila: *Tratamentul Basedovului.*

Zilnic între orele 8—10 vor avea loc demonstraţiuni practice în diferitele servicii clinice şi spitaliceşti.

Pe seama medicilor oficiali s'a obţinut aprobarea principială şi verbală a Domnului Ministru al Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentru acordarea concediilor necesare pentru timpul acestui curs.

S'au mai făcut intervenţiuni pentru procurarea condiţiunilor avantagioase de alimentaţie şi incartiruire pe seama colegilor din provincie.

Doritorii de a participa la cursul de perfecţionare sunt rugaţi să se anunţe din timp Domnului Docent Dr. I. Gavrila, *secretarul general al Asociaţiei Docenţilor la Clinica Medicală, sau Domnului* Docent Dr. Axente Iancu, *preşedintele Asociaţiei, Str. Gen. Grigorescu Nr. 33, Cluj, pentru a cunoaşte din vreme numărul participanţilor şi pentru a se putea lua dispoziţiile cuvenite.*

Raportul pe anul 1933 a Soc. Ştiinţelor Medicale Oradea:

Primim la redacţie raportul asupra activităţii Societăţii Ştiinţelor Medicale din Oradea pe anul 1933. Se poate vedea din acest raport că, corpul medical prin activitatea lui ştiinţifică şi culturală, şi prin raporturile cari le-a ştiut ţinea cu lumea medicală din ţară este o grupare cari e conştie de rolul mare pe care trebue să-l îndeplinească la graniţa de vest a ţării.

Societatea a ţinut 11 şedinţe, programul lor cuprinzând 39 comunicări din toate domeniile medicale. Societatea de ginecologie din Cluj de sub preşidenţia dlui prof. Grigoriu în luna Iunie a venit la Oradea şi a expus o serie de probleme de mare actualitate.

In luna Mai societatea a ţinut în Timişoara şi Arad câte o şedinţă ştiinţifică ocupată în întregime cu subiecte tratate de membrii societăţii. Cu aceasta ocazie s'a luat iniţiativa înfăptuirii unei asociaţii a tuturor societăţilor ştiinţifice medicale româneşti din oraşele dela graniţa de vest. Societatea a fost invitată de a intra ca membră în „Asociaţia românească pentru

înaintarea ştiinţei". *Comitetul s'a mai ocupat de organizarea la Oradea a „zilelor medicale".*

Averea societăţii la sfârşitul anului este de 21.492 Lei depuşi la Banca Românească plus rentă de Stat în valoare nominală de 60.000 Lei care produce o dobândă de 5%.

Zilele medicale la Oradea:

Societatea ştiinţelor medicale din Oradea organizează o serie de conferinţe medicale pentru zilele de 23, 24, 25 Iunie.

„Zilele medicale" *din Oradea sunt puse sub conducerea dlui Profesor* Dr. Danielopolu.

Programul conferinţelor, provizoriu, este următorul:

1. Prof. Dr. Danielopolu, *Chirurgia simpaticului lombo-sacrat în legătură cu afecţiile vasculare ale membrelor inferioare.*

2. Prof. Dr. Danielopolu: *Asigurările sociale (conferinţă publică).*

3. Agregat Dr. B. Teodorescu: *Subiect rezervat, din domeniul cardiologiei.*

4. Agregat Dr. N. Ionescu-Siseşti: *Subiect rezervat, din domeniul neurologiei.*

5. Conferenţiar Dr. Combiescu: *Subiect rezervat, din domeniul maladiilor infecţioase.*

6. Conferenţiar Dr. Marius Nasta: *Mijloacele actuale de diagnostic şi combatere a tuberculozei.*

7. D-ra Dr. Aslan: *Metode grafice în afecţiile vasculare periferice.*

8. Docent Dr. C. C. Dimitriu: *Metode grafice în fizio-patologia aparatului digestiv.*

9. Conferenţiar Dr. I. Pavel: *Aparatul hepato-vezicular în legătură cu sistemul neuro-vegetativ.*

10. Conferenţiar Dr. E. C. Crăciun: *Diagnosticul şi combaterea cancerului.*

Domnii medici, cari doresc a participa la aceste conferinţe, sunt rugaţi să anunţe din vreme, pentru a li se putea face cunoscut programul detaliat, precum şi înlesnirile obţinute pentru incartiruire, etc.

Orice lămuriri se vor cere dlui Dr. I. Glăvan, *Bulevardul Reg. Ferdinand 12, Oradea.*

* * *

Posturi vacante de personal medical:

Un post de medic de circumscripţie urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Sibiu.

Un post de medic de circumscripţie rurală la Serviciul sanitar al judeţului Alba.

Un post de medic de circ. rurală la jud. Târnava Mică.

Un post de medic secundar la Sanatoriul T. B. C. Aiud.

Un post de medic de dispensar la Serviciul Sanitar al Municipiului Constanța.

Un post de medic auxiliar la Dispensarul și Azilul T. B. C Iași și Spitalul Timișoara.

Un post de medic comunal la Primăria Municipiului Galați.

Personalul sanitar și de ocrotire auxiliar :

Un post de infirmieră cl. I la Spitalul Poenari-Ulmi din jud. Ilfov.

Un post de soră de ocrotire la plasa sanitară model din jud. Dolj.

Un post de soră de ocrotire la Revizoratul Surorilor de ocrotire Cluj.

Un post de agent sanitar la prefectura jud. Maramureș.

Trei posturi de agenți sanitari la Prefectura jud. Vlașca.

Trei posturi de oficianți sanitari la Prefectura jud. Vlașca.

Trei posturi de agenți sanitari la Prefectura jud. Dâmbovița.

Două posturi de moașe la Prefectura jud. Dâmbovița.

Câte un post de moașe la serviciile sanitare ale județelor Vlașca, Dolj, Prahova, Constanța, Brăila, Olt, Tutova, Timiș-Torontal și Sălaj.

Două posturi de moașe la serviciul sanitar al jud. Botoșani.

Două posturi de moașe la serviciul sanitar al jud Teleorman.

Un post de moașe la Spitalul Turnu-Măgurele.

Câte un post de moașe la serviciile sanitare ale Municipiului Craiova și al orașului Slatina.

Câte un post de agent sanitar la serviciile sanitare ale județelor: Ismail, Vâlcea, Hotin, Tulcea, R.-Sărat, Dorohoi.

Câte un agent sanitar la serviciul sanitar al orașului Slatina și la Ambulatoriul veneric Craiova.

Câte un post de agent sanitar la orașul Târgu-Jiu și la Primăria Municipiului Chișinău.

Câte un post de moașe la Spitalele din Voinești, jud. Dâmbovița, Viziru, jud. Brăila și Târgoviște

Un post de moașe la Institutul Obstetric din Oradea.

Câte un post de agent sanitar la serviciile sanitare ale județelor: Caraș, Olt, Covurlui.

Prin Jurnalul No. 783/1934 al Consiliului de Miniștri s'a aprobat construcția în orașul Peatra-Neamț, a unui spital cu o capacitate de circa 120 paturi în care scop, s'a deschis un credit în sumă de 15.690.915 Lei.

— Orașul Aiud din județul Alba a fost recunoscut localitate climatică.

Numiri şi pensionări:

— Dl Dr. Sulz Tiberiu, a fost numit cu titlu definitiv, pe ziua de 1 Iunie 1934, medic-şef al Ambulatoriului Policlinic din Sibiu.

— Dl Dr. Vlăduţiu Stefan, a fost numit pe ziua de 1 Iunie 1934 medic auxiliar la Spitalul din Mediaş.

— Următorii dnii medici se pensionează pe baza art. 266 din legea sanitară, pe datele din dreptul fiecăruia:

Dl Dr. Băgăruş Andrei, medicul circ. Ighiu din jud. Alba, pe ziua de 1 Septemvrie 1934.

Dl Dr. Hager Heinrich, medicul circ. Jibert din jud. Târnava Mare, pe ziua de 15 Noemvrie 1934.

Dl Dr. Moeferdt Gustav, medic de circ. urbană la Municipiul Sibiu, pe ziua de 15 August 1934.

— Dl Dr. Balint Alexandru, se numeşte definitiv, pe ziua de 15 Iunie 1934, pe baza examenului de clasificare depus, în postul de medic la Ambulatoriul Policlinic din Braşov, secţia puericultură.

NOTA REDACTIEI

Rugăm pe toţi prietinii şi cetitorii noştri să trimită prin poştă abonamentul la revistă. Cei cari nu doresc să fie între abonaţii revistei noastre sunt rugaţi a ne restitui revista, cunoscând că nerestituirea o considerăm ca şi abonament.

REDACŢIA.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Reprezentanță și Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, București VI.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru administrație, la Drogueria I. Baciu, str. Regina Maria 10, Sibiu.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cări au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1600·—	3	ori	Lei	4500·—	6	ori	Lei	7500·—
1/2	„	„	„	1000·—	3	„	„	2600·—	6	„	„	4500·—
1/4	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/8	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1934.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs

KLIMAKTON

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Izvor 43 bis, Bucureşti VI.

Anul I. No. 6-7. 10 Lei Exemplarul. Iulie-August 1934.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administraţia: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Doc. Dr. Filipescu: Chistele hidatice şi tratamentul lor chirurgical . . . . . Pag. 311

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. Kisch Ernest jun.: Consideraţiuni asupra tratamentului prin pneumo-torace artificial bilateral . . . . . „ 318

Dr. L. Ionaşiu şi Dr. A. Dosios: Atenţia şi memoria în fazele depresive şi acute ale schizofreniei . . . . . „ 325

Maior Dr. Od. Apostol: Fiziologia ochiului şi aeronavigaţia de noapte . . . . „ 331

Dr. Aurel Mavru: Rezultate obţinute în infecţiuni chirurgicale cu strepto-stafilo şi pneumococi, tratate prin Lysate vaccinuri Duchon . . „ 334

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Tehnica anchetelor medico-sociale . . Pag. 351

Dr. I. Cosma: Mişcarea populaţiei în Judeţul Sibiu în luna Mai 1934 . . . . . „ 357

Probleme de ocrotire.

Rezoluţii şi propuneri luate la Congresul internaţional al surorilor de ocrotire ţinut la Paris şi Bruxelles în anul 1933 Pag. 359

Condiţiunile de admitere ale Inst. Surorilor de Ocrotire din Cluj . . . . . „ 362

Institutul Surorilor de Ocrotire din Iaşi. Cond. de admitere „ 363

Revista cărţilor . . . . . „ 364

Revista revistelor . . . . „ 364

Note de terapeutică . . . „ 366

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 367

Note şi informaţiuni . . . „ 368

Sanatorul Dr. Ittu
Informaţiuni, prospecte şi birou de primire
Sibiu, Str. Regina Maria 36
Telefon 280.

Institut dietetic, fizioterapeutic, familiar, cu confort şi instalaţiuni moderne. In camere apă rece şi caldă curgătoare, încălzire centrală, apaduct dela munte, canalizare, lumină electrică, parc, plaje cu duş în plin soare etc. Hidroterapie completă cu cele mai diferite duşuri şi putini. Băi medicamentoasă, băi în spumă şi sub spumă. Băi acido carb, normale şi sub spumă. Băi oxygen şi Kneipp. Băi perle de aer liber sau sub spumă. Masajuri normale, masaj aqual şi subaqual. Injecţii, Electroterapie, Raze Röntgen, Raze ultraviolete Quarz, Solux, Raze infraroşii, ultraroşii, albastre, violete. Duşuri de aer cald şi rece. Diferite termofoare. Cabinet special pentru inhalaţii şi pulverizaţii. Microscopie şi analise medicale. Sanatorul e lângă marele parc „Sub arini" în o admirabilă poziţie, la 442 m. altitudine, în legătură cu centrul oraşului şi pădure cu tramvai electric iar cu băile Ocna-Sibiu la oră. E întreg anul deschis. Se primesc convalescenţi surmenaţi, anemici. nervoşi, hipertensivi, cardiaci, diabetici, artritici, tabetici, lumbago, ischiaş reumatism şi diferite debilităţi, boale de stomac etc. Se face cură de îngrăşare şi de slăbire prin dietă, masaj şi prin băi speciale, cură de refacere după operaţii grele, cură pentru Basedow. Pentru damblagii, drepresiuni, oboseli trupeşti şi sufleteşti, indispoziţie de muncă, diferite morburi de nervi, perturbări senile sau sexuale se face o cură specială prin oxydarea corpului cu hormoni-vitamine. Nu se primesc tbc. nici mintali bolnavi. Preţuri moderate — conform timpului.

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziție cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu și fără Arsen. O sticlă originală conține **250 gr. suficient pentru 7 zile,**
Se află în toate farmaciile cu prețul de **Lei 85·—**

Indicațiuni:

În toate formele de anemii (Fe., Mn); chloroză, boale nervoase (P), histerie,

neurastenie, senilitate, astenie și surmenaj general,

în convalescență; reconfortant excelent indicat mai ales

după boalele infecțioase și după operații, la epuizare intelectuală și corporală;

în tuberculoză generală și pulmonară (reducerea secrețiunilor prin Mn.),

în diatezele exsudative, rachitism, boala lui Basedow,

la boalele tubului digestiv și a le nutriției;

în neuroză și ulcer gastric, hiperclorhidrie și atrofia mucoasei stomacale (Achilia gastrică),

în eczemele cronice (As) și fosfaturie etc.

Farmacia „La Primărie" O. Alesi, Sebeș-Alba.

Anul I. Nr. 6—7. 20 Lei Exemplarul. Iulie—August 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

SIBIU, 1934

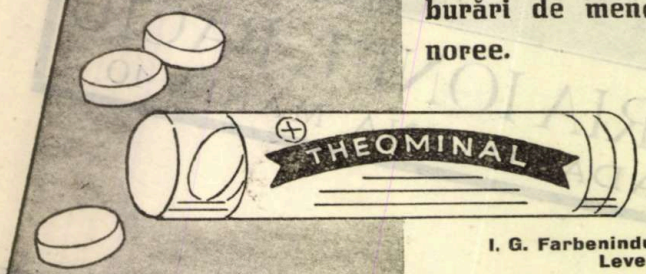
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

Theominal

asociaţia renumită din
Theobromină şi Luminal,

efect spasmolitic asupra vaselor, în special asupra arteriolelor: dilată vasele, ameliorează circulaţia sanguină în ţesuturi, normalizează tensiunea sanguină, atenuiază repede şi cu efect de durată turburările subiective.

Theominal este deci recunoscut de mult timp şi pretutindeni ca specific dominant în **hipertensiune, arterioscleroză, angină pectorală, asim bronşic, migrenă cât şi turburări de menopauză şi dismenoree.**



Ambalaj original: Tub cu 20 tablete de 0,33 cgr.

„Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

BAYER

Mostre şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„PHARMA" Studerus & Co., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53.

Spitalul Public Sibiu
Serviciul chirurgical. Medic primar-director, Docent Dr. O. Filipescu.

Chistele hidatice şi tratamentul lor chirurgical

de **Doc. Dr. Filipescu.**

Ţările tropicale sunt sediul clasic al echinococozei. Australia, Argentina şi Africa de Nord prezintă procentualitatea maximă de apariţie. Distribuţia geografică în Europa arată o frecvenţă mai mare în Italia, Rusia, Mecklenburg, Dalmaţia şi Grecia, în restul ţărilor se înregistrează mai mult numai sporadic.

Oliver semnalează, că în Montevideo revine un caz de chist hidatic la 187 bolnavi; în Victorias un caz la 174, în Queenslanda unul la 222, în Neusudwales unul la 380 bolnavi. Datele statistice asupra frecvenţei în Europa se raportează la numărul locuitorilor şi arată după *Toole* (Athena) un caz de chist hidatic la 1287 locuitori; în Islanda după *Matthiason* (1927) un caz la 1500; în Dalmaţia unul la 858 (Pericic), în Mecklenburg unul la 3585 locuitori. La noi în ţară această afecţiune este încă destul de frecventă, după datele noastre revine un caz la 493 bolnavi.

Tratamentul chirurgical al acestei maladii a fost mult discutat, totuşi nu există până în zilele noastre o concepţie unitară în domeniul tratamentului operator; iar rezultatele investigaţiilor serologice şi biologice sunt încă un obiect de studiu şi reclamă o verificare asupra evaluării importanţei lor de diagnostic, pe când cele clinice sunt într'o continuă ascensiune de precizie.

Vom relata în lucrarea de faţă observaţiile noastre asupra alor 9 cazuri de chiste hidatice, operate în majoritate în serviciul nostru şi vom arăta concepţia, ce ne conduce în domeniul acestei terapeutici. Constatăm în distribuţia cazurilor noastre după localizare pe organe trei în pulmon, patru în ficat, unul în rinichiu şi unul în corpul tiroid. Aceste date vin în sprijinul constatării generale, că ficatul prezintă maximul de frecvenţă în apariţia acestei maladii; dar cercetările recente în distribuţia acestei afecţiuni tind a stabili şi forma anatomo-patologică, sub care se prezintă, *chistică sau alveolară*. După *Posselt* (Innsbruck) echinocochul chistic arată o întindere îndeosebi în Islanda, Australia, Meklenburg, Dalmaţia şi Argentina;

pe când cel alveolar survine mai des în Elveţia, Bavaria, Würtembergul de Sub, Tirolul de Nord, precum şi în unele regiuni ale Rusiei. La noi în ţară prevalează echinococul chistic. Pe când aspectul chistic în întâlnim în vârsta copilăriei, cel alveolar se observă în genere între anii 20 şi 40, cu o predispoziţie la sexul femenin.

Fiind în discuţia generală a problemei vom căuta a trece în revistă mai întâiu momentele, cari din punct de vedere al diagnosticului au această calitate, între cari mijloacele de investigaţie ca reacţiunile serologice şi biologice au primul rol şi cărora li se atribuie în genere o deosebită importanţă.

Eusinophilia de comun acord cu toţi autorii n'am găsit-o constantă; ea se prezintă după majoritatea autorilor numai în 25—30% a cazurilor; pledează în favorul diagnozei numai sprijinită de celelalte reacţiuni.

Intrucât dispare după 8 zile dela extirparea echinococului, perzistenţa ori reapariţia ei, poate ridica numai presumpţia unui al 2-lea chist sau unei recidive. Reacţia complimentară *Weinberg-Pârvu* o găsim cea mai puţin sensibilă; pe când reacţia *Casoni* s'a dovedit de o valoare indiscutabilă şi se poate considera drept specifică. Doza optimă pentru injecţii este 0,3 lichid hidatic. Lichidul recoltat dela om este mai sensibil, decât cel de origine animală.

Putem distinge o reacţie precoce şi una tardivă. Cea dintâiu, când este pozitivă apare 10—15 min. după injecţie şi se menţine două sau câteva ore; pe când reacţia tardiv pozitivă debutează 7—8 ore după injecţie şi se caracterizează prin apariţia unei infiltraţii roşii a pielei, care nu i permite ridicarea în cute. Reacţia precoce este cea mai sensibilă şi prezintă rezultate pozitive în 85,5% a cazurilor faţă de 76,4% a celei tardive *(Lampiris Atena, Koller Winsen).*

In ordinea noastră de localizare a chistelor hidatice pe organe, ne propunem mai întâiu relatarea observaţiilor asupra **chistelor pulmonare,** urmând comunicarea asupra celorlalte într'un articol viitor.

Pe când între anii 1913—16 *Frangenheim* cifrează localizarea echinococului în pulmon în 7%, *Neisser* în 7,4%, *Madelung* în 11,9%, *Becker* în 9,5%; la anul 1927 *Makkas (Atena)* o găseşte în 17,9% a cazurilor, noi o întâlnim în 33%. Explicaţia acestui fenomen nu o credem în înmulţirea localizărilor în pulmon în vremea din urmă; ci mai mult în progresul ştiinţific, care cu mijloacele de investigaţie modernă face posibil diagnosticile pulmonare de fineţă. Observaţia, că frecvenţa echinococului pulmonar se apropie tot mai mult de

numărul chistelor hepatice a determinat mulți autori a afirma, că părerile noastre de până acum asupra modului de grefare a echinococului din intestin în organele interne sunt justiciabile unei revizuiri. După acești autori este încă o problemă de discuție pătrunderea ovulului *oncoshorusului* în circulația sanghuină, că circulă ca un corp flotant ori pătrunde prin mișcări proprii. La fel nu este încă demonstrat, că agentul patogen ajunge pe cale sanghuină în pulmon sau emigrează din ficat. *(Ricardo, Lozano, Saragoza).*

Este o observație generală pe care o confirmă și cazurile noastre că coexistența echinococozei pulmonare cu o localizare și în alt organ este un fenomen foarte rar, când obvine ficatul este mai des afectat. In pulmon sediul cel mai frecvent este lobul inferior al pulmonului drept. *Douglas, Fairley (Melbourne* Australia) înregistrează din 33 cazuri pulmonare 29 în partea dreaptă. Bazați pe această constatare *Strümpell, Aschoff, Schmauss* afirmă, că echinococul migrează din ficat direct în pulmon și admit existența unor bride fibroase între ficat și chist, drept indicatorul stărilor reziduale al căilor de migrațiune.

Este o apreciere cu caracter general, că singura medicație rațională a chistelor hidatice pulmonare este tratamentul operator; căci vindecările spontane prin vomică după observațiile multor autori nu sunt o apariție de extremă raritate, iar diagnosticul de chist hidatic pulmonar, nu indică necesitatea absolută a intervenției mai ales în chistele de calibru mic cu localizare centrală, în cari expectația este pe deplin justificată.

Indicația operatorie reclamă o orientare precisă asupra unei serii întregi de relațiuni a chistelor și nesocotirea lor duce inevitabil la complicațiuni. După practica lui *Makkas* (Atena), pe care am adoptat o în serviciul nostru, lămurirea următoarelor momente sunt factorul esențial al succesului operator.

1. *Localizarea periferică sau centrală.* Intervenția este indicată în chistele centrale, numai când prin dimensiunea lor exercită presiune asupra cordului sau a mediastinului ori când în jurul lor există focare broncho-pneumonice.

2. *Este chistul aseptic, rupt sau supurat.*

3. *Există aderențe între pulmon și peretele toracic.*

Urmărirea clarificării acestor deziderate ne-a permis a face unele observațiuni, pe cari le vom relata. Chiste mici cu localizare centrală nu am observat. Explicația acestei constatări o găsim în împrejurarea, că majoritatea cazurilor noastre sunt de proveniență din mediul rural; unde mijloacele de investigație de laborator și

radiologice nu sunt încă în practica curentă; iar aceste chiste se caracterizează prin absența unor turburări mai accentuate și în majoritate se evacuează prin vomică fără a determina necesitatea unui ajutor medical; ori depistarea lor prin investigațiile clinice este aproape întotdeauna imposibilă din cauza absenței matității și a diminuării murmurului respirator, singur persistența la examinări distanțate a unor raluri umede ar putea motiva ridicarea prezumpției existenței lor. În contrast cu acest tablou cu atât mai complex este cortegiul simptomatic al chistelor periferice. Proeminența circumscriptă a regiunii chistului, matitatea relativă sau absolută, diminuarea sau abolirea completă a murmurului respirator, întârzierea în mișcările respiratorii a hemitoracelui afectat, durerea spontană sau durerea la presiune sunt manifestațiunile de probabilitate în tabloul clinic al acestei maladii. Examinarea radiologică însă este revelatorul de siguranță a chistelor hidatice, cu condiția execuției examinării în repetate rânduri pentru verificarea constanței umbrei obținute. Aparatul de Röntgen este indicatorul suveran al mărimei și profunzimei chistului; el este îndrumătorul tehnicei chirurgicale, iar chirurgul care nu va examina personal în poziție operatorie bolnavul va putea întâmpina multe dificultăți în actul operator.

Al doilea deziderat pentru exactitatea diagnozei, prognosticului și tehnicei operatorii este stabilirea formei clinice sub care se prezintă chistul, *aseptic*, *supurat* sau *deschis*. Selecționarea clinică acestor trei stadii de afecțiune a chistului nu este posibilă întotdeauna cu facilitate; totuși vom găsi simptoame la un interogator mai minuțios, cari le va evidenția. În cazurile noastre două, au fost supurate, am întâlnit în antecedențele lor în legătură cu un acces de tuse evacuarea unei cantități abondente de lichid clar cu gust salin. Se amintesc în literatură, că ruptura rămâne uneori neobservată, fie că lichidul chistic s'a evacuat în cantități mici, fie că prin amestecul cu sânge s'a considerat de o hemoptizie. Cantitatea și calitatea sputei este adesea un factor diferențial de importanță. În chistele supurate deobiceiu se constată o spută abondent purulentă cu sedimentare în trei straturi, uneori fetidă; pe când în chistele închise întâlnim o tuse seacă cu expectorație mucoasă redusă, la fel și în cele deschise și nesupurate. Dar și sub raportul stadiului de afecțiune a chistului imaginea radiologică ne permite aproape întotdeauna un diagnostic precis. În cele închise găsim o umbră tipică, rotundă, regulată, pe când în cele supurate se va prezenta adesea o imagine neregulată, fără delimitare precisă, cuprinzând o bulă de aer; uneori cu o suprafață orizontală în repaus, iar la mișcări bruște cu aspect de valuri.

Al treilea deziderat, *stabilirea aderenţelor pleurale*, are mai mult rolul de prohibitor al inconvenientelor în timpul actului operator. Un criteriu clinic sigur pentru punerea lor în evidenţă ne lipseşte. Se ştie în general, că aderenţele în chistele aseptice se întâlnesc foarte rar; pe când în cele supurate aproape permanent. Zona lor de întindere este foarte îngustă, afară de cazurile cu pleurită precedată. Durerea spontană şi la presiune într'un spaţiu circumscris intercostal precum şi imobilitatea respiratorie a umbrei chistului în imaginea radiologică sunt un revelator al existenţei lor.

Tratamentul chirurgical al echinococozei pulmonare mai reclamă pe lângă unele rezerve o localizare impecabilă a chistului. Am amintit, că în chistele centrale expectaţia este iudicată, intervenţia acestor chiste pun tehnica operatorie la grele încercări. *Escudero* (Argentinia) a arătat că explorarea lor în timpul operaţiei este foarte des imposibilă, pe când evacuarea prin vomică se face fără pericolul unor complicaţii mai grave, cu vindecări în 90% a cazurilor. *(Garre, Billard). Dr. Manta* (Sibiu) înregistrează un caz cu localizare bilaterală vindecat prin vomică. Rezerve asupra tratamentului operator, mai indică şi concomitenta cu o afecţiune bacilară din cauza unei posibilităţi de exacerbare a procesului bacilar consecutiv intervenţiei. Localizarea precisă a chistului este motivată din cauza eventualităţii de producere a pneomotoracelui artificial; cum noi în serviciul nostru nu dispunem de un aparat de hiperpresiune, dăm o atenţie deosebită atât simptomelor clinice, cât şi examinări radiologice, iar respectarea lor ne pune la adăpostul acestui inconvenient. Intre cele dintâi proeminenţe şi durerea circumscrisă o considerăm mai valoroasă decât rezultatele percuţiei, întrucât întinderea matităţii poate duce la erori din cauza atelectaziei parenchimului pulmonar pe o zonă mai mare datorit procesului supurativ.

Intervenţiile le facem întotdeauna în anestezie locală cu novocaină. Preferim poziţia jokei pentru intervenţiile posterioare, ori decubitul lateral pentru restul. Anestezia locală este mai avantajoasă, din cauză că chistele comunică foarte des cu bronchii, ori în momentul deschiderii chistului bolnavul fiind treaz prin un efort de tuse evacuiază acest lichid evitând manifestaţiuuile de asfixie; totodată prin presiunea tusei se evacuiază foarte des şi capsula chistului, dispenzând introducerea de instrumente în cavitatea pulmonară, iar pe lângă aceasta mai permite şi orientarea asupra stadiului de afecţiune a pereţilor cavităţilor pulmonari.

Pentru extirparea chistului autorii practică diferite metode. Pelisier preferă numai o incizie lungă intercostală. Makkas, Geru-

lanos (Atena) dau întâietate rezecţiilor costale mici; pe când Sauerbruch prefera deschiderile largi, iar Possadas şi Finochietto practică toracotomia prin lambou în formă de U.

Noi considerăm rezecţiile costale mici ca cele mai avantajioase, numai într'un caz am fost nevoiţi a întinde rezecţia pe două coaste din cauza dimensiunii chistului. Dar atitudinea operatorie a autorilor diferă şi sub alt aspect. Pe când în chistele supurate conduita terapeutică este aproape unitară, consistă în deschiderea şi marsupializarea chistului; în cele aseptice şi fără aderente tehnica operatorie se divide în două categorii; intervenţie într'un timp şi în doi timpi. *Lamas* a fost primul care cu mai mulţi ani înainte a practicat intervenţia în doi timpi; azi o execută în mod curent *Prot* (Montevideo) şi *Acevedo* (Uruguay). Provoacă aderenţe prin înţeparea pleurei parietale sau prin tamponare cu tinctură de iod ori prin introducerea unei meşe între foiţele pleurale; iar după 10—16 zile intervin asupra chistului. Pe când intervenţioniştii într'un timp condamnă această procedură ca o prelungire inutilă cu patru săptămâni a tratamentului, uneori chiar cu consecinţe grave şi susţin, că este suficient după *Possadas* şi *Finochietto* a fixa pulmonul de pleură prin o serie de suturi cu catgut în prealabil de a incliza pleura parietală; aceasta cu scopul de a menţine pulmonul în câmpul operator şi a evita infecţia secundară a pleurei; *Gerulanos* şi *Makkas* incizează mai întâiu pleura perietală cu scopul de a explora eventualele aderenţe existente la distanţă şi ori deschid la nivelul lor prin întinderea rezecţiei la altă coastă sau când nu există fixează prin puncte de suturi superficiale pulmonul şi în urmă extirpă chistul.

Noi practicăm după rezecţia prealabilă a unei coaste fixarea prin suturi a pulmonului de pleură şi peretele toracic înainte de a incliza pleura parietală. Cu ajutorul acestor suturi fixăm pulmonul în câmpul operator şi în urmă prin termocauterizare incizăm parenchimul pulmonar şi extirpăm chistul. Hemoragii şi nici alte inconveniente cu aceasta procedură nu am întâlnit.

Tratamentul cavităţii pulmonare după extirparea chistului încă diferă după autori. *Possadas* a fost primul, care a practicat închiderea primitivă a cavităţii prin suturi, alţii drenează şi aceste chisle aseptice în mod curent.

Reproşurile ce se aduc închiderii primitive, sunt posibilitatea de infecţie a cavităţii, mai ales în cazurile cu comunicaţie în bronchii sau colecţia de aer în cavitate. Avantajele suturii sunt reducerea timpului de tratament, evitarea survenirii unei fistule permanente şi a posibilităţii de infecţie bacilară a cavităţii pulmonare cum este dată în cazurile tratate prin drenaj.

Gerulanos ia o atitudine intermediară, drenează şi aceste chiste întotdeauna însă numai pe timp de 4—6 zile, alţii după închidere la câteva zile punctionează locul cavităţii pentru aspirarea aerului colectat.

Experienţa noastră ne îndrumă a susţine, că o regulă fixă în tratarea chistelor aseptice, fără aderenţe este greu de stabilit; este preferabil o individualizare şi numai aprecierea justă şi momentană a chirurgului poate asigura şansele cele mai bune de vindecare.

Mortalitatea chistelor aseptice este cu mult mai mică, decât a celor supurate; pe când în cele dintâi această mortalitate variază între 3% şi 6%; în cele supurate se urcă după datele statistice până la 20%. In cazurile noastre am obţinut în toate complectă vindecare.

Bibliografie.

Pera, Montevideo, Zblt. 1932.
Taddei, Pisa, Zblt. 1932.
Cantoni, Zblt. 1934.
Liberti, Roma, Zblt. 1932.
Makkas, Bruns Beitr. 1928.
Ricardo, Zblt. 1931.
Stern, Venst. Chir. 52, 136.
Pickhardt, New-York, Ann. Surg. 97, 1933.
Toole, Arch. Chir. 1931.
Makkas, Bruns Beitr. 153, 1931.
Murri, Riforma med. 1930.
Delaye et Gabrielle (Lyon), Lyon Chir. 1931.
Escudero, Kystes hydatices Paris, 1912.
Douglas Fairly, Analy. The med. jur. Australia 1922.
Pelisie, Sur les kystes hyd. Lyon. chir. 1920.
Acevedo, Des intervention Presse med. 1921.
Bressot, Diagnostic et tratament Lyon chirurg. 1926.
Prat. Le tratament des kystes hyd. Jour. de Chir. 1921.
Gerulanos, Über die Behandlung, Soc. internation. de Chirurgie Bruxelles 1911.
Sauerbruch, Die Chirurgie der Brustorgane.

Considerațiuni asupra tratamentului prin pneumo-torace artificial bilateral

de

Dr. I. Stoichița și **Dr. Kisch Ernst,** iunior

Metoda de tratament prin pneumo-torace artificial preconizată de Forlanini este astăzi unanim acceptată de către toți ftiziologii lumii. Această metodă, mulțumită ușurinței și multiplelor posibilități de aplicare, dar mai ales prin rezultatele excelente pe cari le dă, a reușit să se introducă în practica curentă a tuberculozei pulmonare și să fie aplicată pe o scară întinsă în tratamentul acestei boli nu numai în mediul sanatorial, ci și în practica ambulantă de toate zilele. Aceasta însă numai în ceeace privește pneumo-toracele artificial unilateral, deoarece aplicațiunea bilaterală simultană a acestei metode întâmpină încă foarte multe rezistențe, atât din partea medicilor, cât și din partea bolnavilor.

Astfel la Congresul din Roma din 1912 când *Ascoli* a făcut prima sa comunicare asupra posibilităților de tratament al tuberculozei pulmonare prin pneumo-torace artificial bilateral aplicat simultan, s'au ivit discuții serioase în jurul acestei metode și majoritatea ftiziologilor prezenți au primit propunerile lui Ascoli cu foarte multă rezervă. Mai întâi trebuia răsturnată vechea concepție a lui *Forlanini,* că numai un pneumo-torace complet, cu tensiunea înaltă poate fi eficace și că pentru colapsul ambilor pulmoni este de preferat pneumotoracele cu o tensiune mică. Mai trebuia apoi combătută și concepția eronată care există asupra riscurilor exagerate cărora este expus bolnavul prin aplicațiunea pneumo-toracelui bilateral simultan. Deși Ascoli și după el o serie întreagă de alți autori au demonstrat că pneumo-toracele bilateral este executabil și că el nu prezintă riscurile cari se pretindeau, totuși metoda s'a introdus numai cu mari dificultăți și aplicațiunea ei este și astăzi încă aproape o raritate. Nu este mai puțin adevărat că această metodă de tratament nu poate fi la îndemâna oricui și că ea nu poate fi aplicată ori unde. Se cere,

înainte de toate, ca medicul chemat să o aplice să cunoască bine tehnica pneumo-toracelui artificial, să aibă posibilitatea de a putea observa bolnavul în deaproape şi să dispună de suficientă experienţă şi simţ personal de judecată, pentru a putea preîntâmpina şi a stăpâni eventualele accidente ce s'ar ivi în decursul tratamentului.

Selecţionarea cazurilor indicate pentru pneumo-toracele bilateral trebue să se facă cât se poate de riguros, alegându-se cu deosebire bolnavii cu o constituţie fizică mai robustă şi o stare generală încă relativ bună. Se vor elimina bolnavii în etate mai înaintată, preferindu-se vârsta între 15—30 ani ca cea mai potrivită pentru aplicarea acestei metode.

La selecţionarea cazurilor, se vor avea în vedere următoarele *indicaţiuni:*

1. Se va face pneumo-torace bilateral în cazurile cari urmând un tratament prin pneumo-torace unilateral, constatăm că în partea contralaterală se ivesc focare noui sau că focare vechi se reactivează;

2. In cazurile de ftizie bilaterală cari întrunesc condiţiunile de aplicare ale unui pneumo-torace unilateral, adecă cele cu leziuni fibroase sau fibro-cazeoase fără aderenţe pleurale şi cu o stare generală încă relativ bună. Se vor exclude bolnavii având o capacitate vitală scăzută sub 1500, precum şi cazurile cari prezintă complicaţiuni bacilare şi din partea altor organe, îndeosebi din partea intestinului;

3. Se vor elimina de asemenea cazurile cari prezintă deplasări mai însemnate ale mediastinului, sau cazurile la cari prin pneumotoracele unilateral instituit s'a produs o torsiune a vaselor mari.

Dintre complicaţiunile posibile în decursul tratamentului prin pneumo-torace bilateral amintim în primul rând *perforaţia pleuropulmonară* care poate produce o asfixie supraacută. Intr'un asemenea caz va trebui să aspirăm imediat aier din ambele părţi, lăsând în partea perforată chiar o canulă permanentă până la închiderea perforaţiunii. *Exudatele sero-fibrinoase,* atât de frecvente în cazurile tratate prin pneumo-torace, trebuesc urmărite şi observate în pneumotoracele bilateral cu cea mai mare atenţiune, deoarece dacă în jurul pulmonului colabat se produce un strat prea gros de fibrină (Fibrinmantel), pulmonul îşi pierde capacitatea de relaxare, iar cavitatea reziduală care astfel s'ar putea forma, nu mai poate fi înlăturată ca şi în pneumo-toracele unilateral prin toracoplastie.

Tehnica pneumo-toracelui bilateral este aceeaşi ca şi în cazurile de aplicaţiune unilaterală a metodei. Prima insuflaţie se face separat într'un interval de 1—2 săptămâni. Reinsuflaţiile se execută

alternativ şi numai unui bolnav foarte robust şi rezistent îi vom face în aceeaşi şedinţă reinsuflaţiuni în amândouă părţile. Metoda se va aplica de preferinţă în mediul sanatorial, în tot cazul însă vom exercita un control riguros asupra bolnavului observându-i starea şi verificând situaţia obiectivă prin radioscopii şi radiografii repetate.

Rezultatele imediate în majoritatea cazurilor sunt favorabile, cele de durată însă nu ajung la 50% vindecări aşa după cum este cazul în pneumo-toracele unilateral. In aprecierea rezultatelor va trebui să luăm însă în considerare faptul, că în majoritatea cazurilor cu pneumo-torace bilateral avem de a face cu tuberculoşi în stadiu avansat al boalei şi astfel va trebui să ne mulţumim şi cu rezultate mai modeste.

In cele ce urmează relatăm asupra unui caz tratat prin pneumotorace bilateral simultan ţinut, în observaţie timp de aproape 5 ani şi pe care îl socotim destul de interesant şi instructiv.

Observaţia.

Bolnavul V. P. în etate de 29 ani, de profesiune comerciant, intră în secţia pentru tuberculoşi a Spitalului Public din Sibiu în Octomvrie 1929.

Antecedente heredo-colaterale:

Părinţii au murit de mult, nu ştie cauza. Are încă doi fraţi cari sufere de tuberculoză pulmonară.

Antecedente personale:

Pretinde că a fost întotdeauna sănătos, nu-şi aminteşte să fi suferit de vreo boală infecto-contagioasă.

Boala actuală datează de 3 luni. A debutat lent cu dureri în piept, tuse, expectoraţie, transpiraţiuni nocturne, febră şi o stare generală de oboseală şi debilitate. Inapetent. Scaune normale.

Starea prezentă:

Potrivit conformat. Ţesutul celulo-adipos şi muscular puţin redus. Tegumentele şi mucoasele vizibile sunt mai palide. Bolnavul tuşeşte mult şi expectorează o spută muco-purulentă destul de abondentă. Este inapetent, transpiră în decursul nopţii. Temperatura 37,5; greutatea corpului 64,6 kg. Sistemul nervos normal.

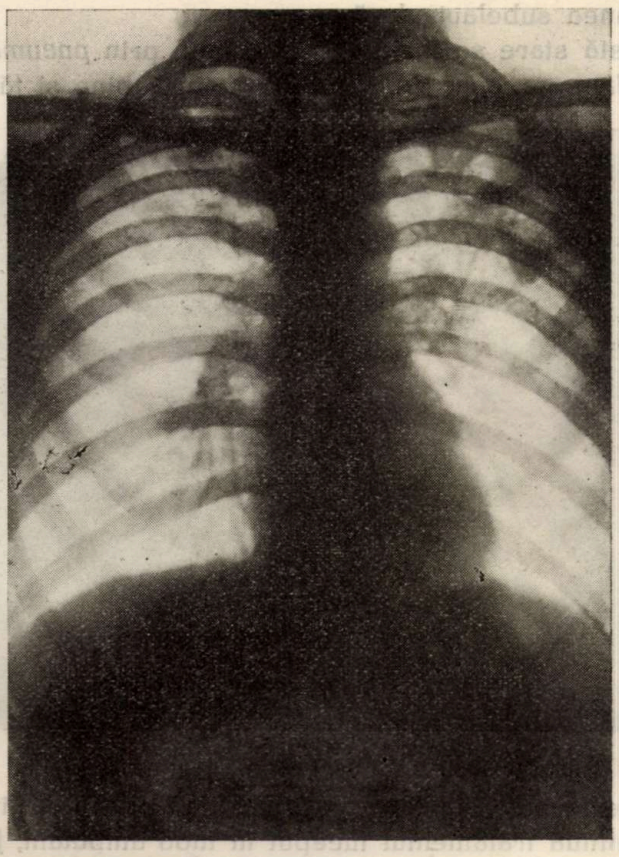
Aparatul respirator:

Toracele bine conformat, prezintă uşoare excavaţiuni ale foselor sub şi supraclaviculare.

La percuţie: în partea stângă matitate medie dela spina omoplatului în sus până anterior la nivelul coastei a 2-a; tonalitate mai ridicată la percuţie asupra vârfului pulmonar drept. Amplitudinea mişcărilor respiratorii la baza stângă reduse. *La ascultaţie:* asupra

vârfului pulmonar stâng, în zona matităţii, respiraţie suflantă cu raluri subcrepitante consonante şi craemente; asupra vârfului pulmonar drept respiraţie înăsprită şi raluri subcrepitante fine. Examenul sputei: baccil Koch negativ.

Aparatul circulator normal. *Tubul digestiv şi abdomenul* nu prezintă nimic deosebit.



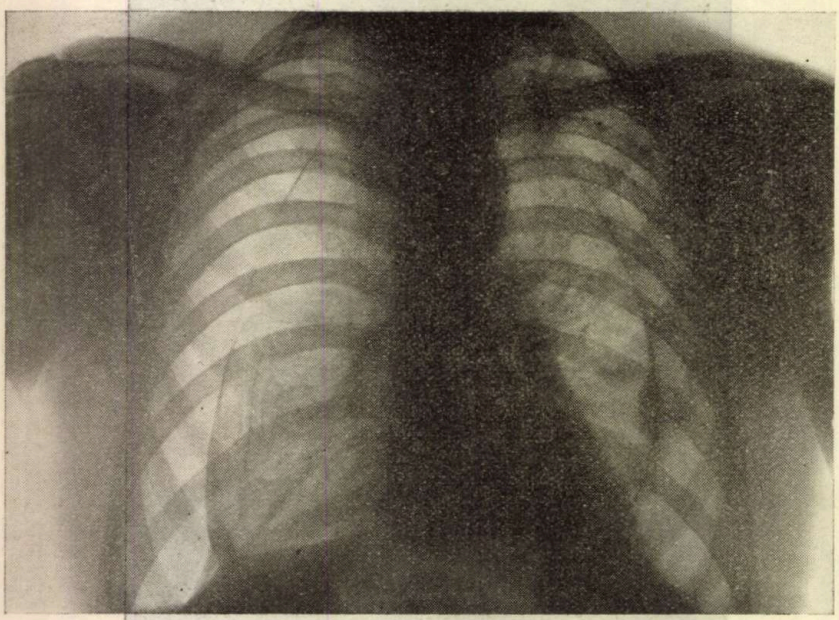
Radiografie din 3 XII. 1929 înainte de tratament

Radiografia din 3 Septemvrie 1929, prezintă o marmoraţie intensă a jumătăţii superioare a pulmonului stâng şi o umbrire cu o extindere mai mică şi mai puţin intensă a patratului superior al pulmonului drept.

Mersul boalei. Bolnavul se menţine cu temperatură între 37°—38°. I se institue un tratament de complet repaus, se administrează intern expectorante şi roborante, iar în injecţii transpulmină în doze de câte 2 ccm. tot a doua zi. După 4 săptămâni bolnavul părăseşte spitalul foarte puţin ameliorat şi câştigând în greutate 1,2 kg.

Bolnavul continuă acasă acest tratament, boala i se agravează însă din ce în ce, temperatura se menține, iar sputa devine *Koch pozitivă*. Reexaminat în *Decemvrie 1929*, se constată asupra vârfului pulmonar stâng apariția unor simptome de ramolisment, iar prin radiografie se pune în evidență prezența unei caverne recente, cu pereți foarte subțiri de mărimea unei nuci în regiunea subclaviculară stângă, iar în dreapta umbrirea mai accentuată și mai extinsă mai ales în regiunea subclaviculară.

In această stare se instituе tratamentul prin *pneumo-torace bilateral simultan* pe care bolnavul îl suportă bine și fără inconve-

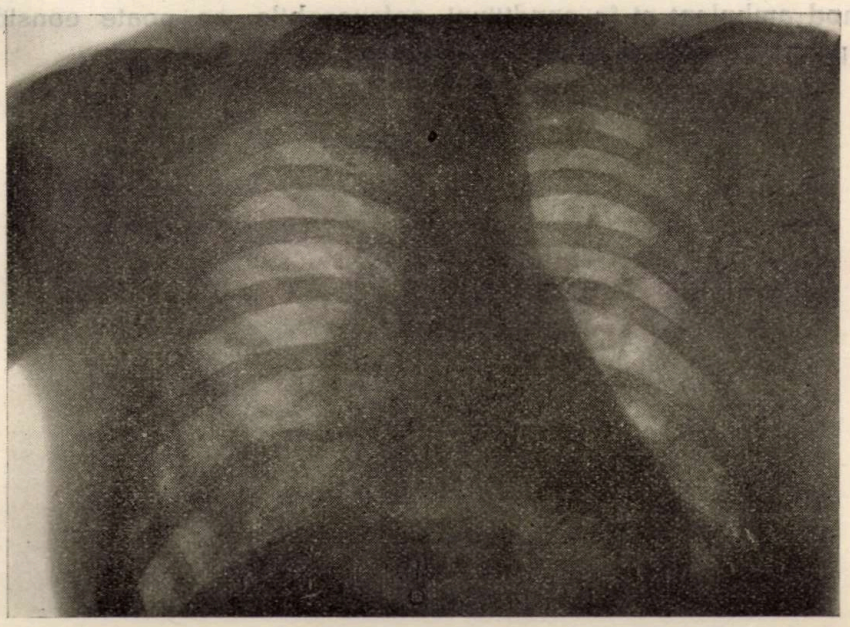


Radiografie din 17 II. 1931 în decursul tratamentului

niente mai serioase. După primele insuflații executate în sanatoriu, bolnavul continuă tratamentul început în mod ambulant, făcându-i-se alternativ reinsuflațiile în cabinetul nostru medical. In afară de o ușoară senzație de presiune în piept și dispnee în primele 24 ore după insuflație, bolnavul nu se plânge de alte dureri sau tulburări.

Se continuă tratamentul menținându-se pneumo-toracele bilateral până în Septemvrie 1932, adecă timp de aproape 3 ani. Reinsuflațiile s'au executat întotdeauna alternativ. Cantitățile de aer insuflate variau la început între 600—1050 ccm., iar către sfârșitul tratamentului nu am avut de înregistrat nici un accident, cu timpul însă pronunțându-se aderențe pleurale în partea stângă, bula de aer în

această parte a devenit tot mai mică, iar reinsuflaţia se executa cu tot mai mari dificultăţi tehnice. In *Septemvrie 1932* am suprimat reinsuflaţiile, bolnavul fiind într'o stare generală foarte bună, fără temperatură şi fără tuse şi de 2 ani cu sputa *Koch negativă*. La data abandonării tratamentului prin pneumo-torace bilateral, bolnavul nu mai prezenta din partea pulmonilor nici un simptom de activitate care ne-ar fi putut determina să continuăm acest tratament. Ţinem să remarcăm că deja din toamna anului 1931, adecă de un an şi 10 luni de colapsoterapie, bolnavul şi-a reluat ocupaţiunea sa zilnică de comerciant ambulant deplasându-se cu autocamionul pe care îl



Radiografie din 17 II. 1934 la 1½ an după încetarea tratamentului.

conducea singur pe la toate bâlciurile şi fiind astfel expus celor mai mari eforturi şi trăind în condiţiuni cât se poate de grele.

Am revăzut bolnavul în *Aprilie 1934*, adecă la mai mult ca 4 ani dela începerea colapsoterapiei şi după un timp de 1½ an dela abandonarea tratamentului prin pneumo-torace. Am constatat că el se găseşte în condiţiuni fizice excelente, îşi continuă meseria fără nici un inconvenient şi subiectiv se simte complet sănătos. Făcându-i-se o radiografie constatăm: o retracţiune a hemitoracelui stâng cu însemnate îngroşeri pleurale la baza stângă şi o uşoară deplasare a cordului înspre stânga; mici umbre lineare spre ambele vârfuri pulmonare şi o augmentare a desemnului hilar îndeosebi în partea dreaptă.

Greutatea corpului 76 kg. Temperatura normală. Examenul sputei Koch negativ. Sedimentarea hematiilor: 600 (Lintzenmeier).

Tabloul leucocitar:

Polinucleare neutrofile	62%
eozinofile	7%
lymphocite	28%
monocite	3%

Am ținut de interesant a comunica acest caz, fiind vorba de un bolnav cu ftizie bilaterală în fază activă evolutivă și care mulțumită tratamentului prin pneumo-torace artificial bilateral simultan, executat în mod ambulant și în condițiuni nefavorabile, se poate considera din punct de vedere clinic de vindecat.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants).** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles — **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

CHINOIN S. A.

UN NOU ALCALOID SINTETIC

PERPARIN

Acţiune antisposmotică de 3 ori mai puternică!
Toxicitate de 9 ori mai redusă!
Efect rapid, sigur, de lungă durată!

Eftin!

Aceiaşi acţiune nu se poate obţine, decât cu o combinaţiune a PAPAVERINEI cu diferite alte antispasmotice.

Injecţiuni, tablete, pulvere (după prescripţiuni medicale).

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S. A. BUCUREŞTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

Atenţia şi memoria în fazele depresive acute ale schizofreniei

de

Dr. L. Ionaşiu şi **Dr. A. Dosios**
medic primar, director medic auxiliar
la Spitalul de Boli Mintale, Sibiu

Viaţa psihică se înfăţişează ca o unitate organică, în perpetuă devenire. Cerinţele analizei ştiinţifice impun însă delimitări mai mult sau mai puţin arbitrare în sânul acestui *stream of thought* (după expresia lui *William James*). Într'adevăr, toate tratatele existente de psihologie normală şi morbidă consacră capitole speciale diverselor „aspecte", „stări", „facultăţi", „funcţiuni" sau „momente" ale conştiinţei. Această fragmentare artificială şi necesară are o semnificaţie pur didactică şi trebue întreprinsă sub semnul provizoratului. Pierderea din vedere a faptului fundamental: unitatea eului, intima interdependenţă a facultăţilor psihice, duce la excesele metodei testelor, la multiple controverse sterile şi la interpretări eronate. Astfel, spre exemplu, se discută în psihiatrie dacă obsesia este o turburare a memoriei, sau a afectivităţii, sau a voinţei; se admite că o psihoză cronică tipică (paranoia) evoluiază fără nicio slăbire a inteligenţii propriu zise, etc., etc. Nici un eveniment psihic nu se petrece izolat; orice alteraţie locală iniţială iradiază progresiv asupra totului. Perturbarea este totdeauna mai mult sau mai puţin generală, însă cu predominanţe.

După aceste succinte consideraţiuni prealabile, asupra cărora ne vom îngădui să revenim ulterior, se cuvine, înainte de orice, să precizăm tema articolului nostru.

Atenţia şi memoria reprezintă două funcţiuni generale şi corelative ale conştiinţei. Atenţia condiţionează memoria. La rându-i, atenţia este subordonată afectivităţii. „Puternică sau slabă, pretutindeni şi totdeauna, atenţia are drept cauză stări afective. Această regulă este absolută, fără excepţie... Origina atenţiei este foarte

nmilă, iar primele-i forme au fost legate de condiţiile cele mai imperioase ale vieţii animale... Natura atenţiei spontane la o persoană îi revelează caracterul sau cel puţin tendinţele fundamentale... Atenţia, sub toate formele-i, are drept condiţie imediată şi necesară interesul, adică stări afective naturale sau artificiale".[1])

Considerăm atenţia şi memoria, în cele ce urmează, *sub unghiul cooperării lor ca agenţi ai înregistrării şi conservării materialului experienţei.* Am fi putut intitula mai explicit articolul nostru: „*Prezenţa la mediu* (sau *contactul cu realitatea)* în fazele depresive acute ale schizofreniei".

Dar această substituire n'ar fi fost echivalentă, constituind de fapt o noţiune cu o sferă mai vastă şi anume în sensul unei eventuale afinităţi cu „autismul" lui *Bleuler* şi al discipolului său *Minkovski.*[2]) Asupra autismului promovat ca un simptom cardinal al schizofreniei, facem rezervele noastre, pe cari nu este acum momentul să le expunem.

După cum a stabilit cel dintâiu *Kraepelin* şi după cum este azi indeobşte admis, *dementia praecox* este caracterizată prin două manifestări clinice fundamentale: indiferenţa afectivă („atimhormia" lui *Dide* şi *Guiraud*) şi disociaţia psihică („ataxia intrapsihică" a lui *Stransky*, „discordanţa" lui *Chaslin).*

Alteraţia efectivă a atenţiei şi a memoriei în schizofrenie ar decurge deci în mod logic din însuşi conceptul boalei, constituind astfel un paragraf din simptomatologia generală.

Însă în stadiul actual al cunoştinţelor noastre, este prematur a proceda *more geometrico* în domeniul psihopatologiei.

In descrierea schizofreniei sunt întrebuinţate două metode deosebite: unii autori, ca *Weygandt, Kraepelin, Bleuler, Reichardt, Dide* şi *Guiraud*, etc., insistă în prealabil asupra simptomelor psiho-somatice generale şi enumără apoi, mai mult sau mai puţin sumar, diferitele forme clinice; alţii, ca *Sérieux, Deny* şi *Roy, Masselon, Régis, A. Delmas*, etc., urmăresc boala în cele trei faze ale sale

---

[1]) *Th. Ribot: Psychologie de l'attention.*

[2]) „Numim *autism* detaşarea de realitate, însoţită de o predominare relativă sau absolută a vieţii interioare". *(Bleuler: Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien,* în *Tratatul* lui *Aschaffenburg*, 4. Abteilung, 1. Hälfte, p. 52). — Există totuşi o divergenţă între *Bleuler* şi *Minkovski*, privitor la semnificaţia atribuită autismului în schizofrenie: eminentul psihiatru dela Zürich descrie autismul *alături* de celelalte simptome capitale: turburările ideaţiei, ale afectivităţii şi ale voinţii; pe când discipolul său consideră pierderea contactului *vital* cu realitatea (autismul) ca punctul central al schizofreniei. *(Minkovski. — La Schizophrénie*, p. 82—87).

(prodromică, de stare şi terminală), expunând separat, în perioada de stare, fiecare formă cu particularităţile sale. Preferinţa noastră se îndreaptă către procedeul acestora din urmă.

Schizofrenia este o psihoză esenţialmente proteiformă, atât în ramificaţiile-i clinice, cât şi în ritmul ei evolutiv. De aceea, când se vorbeşte de schizofrenie, este preferabil să se enunţe totdeauna forma sau stadiul la care se face aluzie.

Este aproape fatal ca autorii cari dau o mare desvoltare simptomatologiei generale să fie în dezacord cu privire la starea atenţiei şi a memoriei în schizofrenie — şi aceasta fiindcă fără îndoială ei n'au în vedere aceiaşi formă a boalei, reducând, ca să zicem aşa, schizofrenia la un *tip*, variabil după autor.

Pentru *Bleuler*, de pildă, memoria este „intactă", pe când atenţia, din cauza strânsei sale legături cu afectivitatea, este mai mult sau mai puţin alterată. Pentru *Kraepelin* turburările atenţiei sunt foarte pronunţate, iar memoria este relativ puţin atinsă. *Reichardt* declară categoric: „Rezultatul normal al unui examen de inteligenţă nu dovedeşte niciodată inexistenţa unei *Dementia* praecox".[1]).

La acest desacord, mai mult aparent, contribue şi deosebirea ce există între autori în ceeace priveşte concepţia lor generală asupra vieţii psihice.

* * *

Prin fazele acute ale schizofreniei, se înţelege sindromele cari accidentează adeseori mersul boalei şi a căror durată poate varia dela câteva ore până la mai mulţi ani. Aceste accese, bine descrise de *Bleuler*,[2]) consistă cu deosebire în: puseuri ale procesului patologic; simple manifestări paroxistice ale stării cronice; crize de mânie, însoţite de invective şi agresiuni; episoade maniace şi melancolice. Ele se reduc, în definitiv, fie la stări de excitaţie, culminând printr'o exaltare a halucinaţiilor şi a ideilor delirante; fie la stări depresive, oscilând între toropeală şi marea catatonie de tip Kahlbaum, trecând prin stările zise crepusculare (sau nebuloase), de obnubilaţie şi de stupoare.

Aceste accese, atât de diverse în aspectul, cât şi în geneza lor, sunt mai frecvente în primii ani ai boalei şi apar cu sau fără prodrome (stări confuzionale, modificări ale caracterului, turburări vasomotorii, etc.).

Ele sunt prin definiţie trecătoare, (deşi susceptibile de recidive), „vindecându-se" spontan mai curând sau mai târziu.

[1]) *Allgemeine und spezielle Psychiatrie*. Dritte Auflage. P. 262.

[2]) *Loc. cit.*, p. 170—186.

Durata lor poate fi însă uneori scurtată şi în mod artificial.

Astfel *dl Profesor Dr. P. Tomescu* a obţinut frumoase rezultate în sindromele de mare catatonie prin injecţii de *harmină*.

In spitalul nostru, în serviciul d-lui *Dr. Gh. Preda*, unele episoade acute au fost combătute cu succes prin şocuri terapeutice, în deosebi prin autohemoterapie şi piretoterapie, iar în serviciul unuia din noi *(Dr. G. Ionaşiu)* punctia rachidiană repetată a produs efecte surprinzătoare în fazele depresive.

Insă aceste accese, odată vindecate, fie spontan, fie artificial, lasă oare în conştiinţă amintirea trecerii lor ca şi a faptelor din ambianţă întâmplate concomitent? Cu alte cuvinte: cum funcţionează atenţia şi memoria, sub unghiul cooperării lor ca agenţi ai înregistrării şi conservării materialului experienţei, în timpul acestor accese?

Pe baza observaţiilor noastre îndelungate şi făcute pe un număr apreciabil de cazuri, ne îngăduim să aducem o modestă contribuţie la clarificarea acestei probleme, pe care marea majoritate a autorilor o lasă oarecum în umbră, unii trecând-o chiar sub tăcere, fără să pară a bănui reala-i, deosebita-i importanţă.

De astădată avem exclusiv în vedere fazele depresive şi cu deosebire accesele catatonice.

Bleuler admite că după episoadele catatonice se întâlneşte adeseori o *amnezie* extrem de variabilă ca intensitate şi extensiune. Uneori însă, adaugă el, suntem surprinşi de exactitatea informaţiilor pe cari, chiar după mai multe luni, pacienţii le pot da cu privire la întâmplările din viaţa lor interioară sau din lumea externă.

Kraepelin [1]) face consideraţiuni asemănătoare.

Pentru *Rogues de Fursac*, „bolnavul este numai în aparenţă străin faţă de mediu şi dovedeşte aceasta, după trecerea accesului, povestind, uneori cu o preciziune uimitoare, cutare fapt care părea să-i fi scăpat cu totul, atunci când sta întins în pat şi cu ochii închişi, complet inconştient în aparenţă". [2])

La congresul dela Pau (1904), *G. Deny*, a susţinut următoarele: „Trebue notat că bolnavii în stare de stupoare sunt adeseori numai în aparenţă străini faţă de ceeace se petrece în jurul lor, căci, în rarele şi scurtele lor intervale lucide, ei dovedesc uneori prin reflexiunile şi observaţiile lor că, deşi au asistat ca spectatori muţi şi impasibili la evenimente, totuşi le-au cunoscut şi înregistrat".

---

[1]) *Psychiatrie*. Achte Auflage. III. Band, p. 828—830.

[2]) *Manuel de psychiatrie*, 1923, p. 332.

După un interval de vreo douăzeci de ani, *G. Deny* se retractează astfel: „Se știe azi că sindromul catatonic nu e patognomonic de demență precoce — afară numai dacă nu este încadrat de celelalte semne ale acestei afecțiuni — și că el poate exista în melancolie, confuzie mintală, encefalită epidemică, paralizie generală, sifilis cerebral, etc. Nimic nu dovedește că în unele cazuri de stupoare catatonică în care conștiința a părut altădată conservată, nu era vorba, în realitate, de pseudo-catatonie confuzională, encefalitică, melancolică, etc. Nu ne îndeamnă oare totul, dimpotrivă, să admitem că în stările stuporoase de origină demențială (demență precoce, paralizie generală), există totdeauna o slăbire considerabilă a conștiinței“ ?[1])

Așadar pentru *Deny*, ca și pentru mulți alți autori contimporani, în cazurile de catatonie schizofrenică pacienții sunt în general absenți, ei nu remarcă și deci nu rețin ceeace se petrece în jurul lor, pe când în cazurile de catatonie simptomatică bolnavii păstrează, când se fac bine, memoria faptelor întâmplate în timpul accesului.

Observațiile noastre ne autorizează să afirmăm — dimpotrivă — că și în cazurile de catatonie schizofrenică bolnavii înregistrează și păstrează în conștiință materialul experienței.

Intr'adevăr, odată eșiți din starea lor, în mod spontan sau artificial și interogați ulterior, în perioadele de remisiune, majoritatea pacienților ne-au povestit amănunțit diversele fapte petrecute în timpul accesului, dovedind nu numai că erau prezenți la mediu, dar și că aveau reacțiuni emotive adecuate, vii.

Sub aparența lor absență, acești pacienți pot percepe și resimți dureros observațiunile pesimiste sau ironice făcute asupra cazului lor.

Trebue deci să avem totdeauna față de ei o atitudine plină de prudență și delicatețe.

După aproape 150 de ani dela memorabila reformă inaugurată de marele alienist și filantrop *Pinel*, aceasta recomandație nu este totuși de prisos.[2])

---

[1]) *Démence précoce*, în *Psychiatrie* din *Tratatul* lui *Sergent*, 1926. Tome II, p. 207.

[2]) In ultimul moment primim numărul din Martie 1934 al revistei *Annales Médico-Psychologiques*, conținând un interesant articol al lui *H. Baruk* despre: „Starea mintală în cursul accesului catatonic“. Autorul, unul din promotorii psihiatriei experimentale, enumără printre elementele constitutive ale stării mintale în cursul accesului catatonic: conservarea memoriei de fixare și o emotivitate „mult mai mare decât s'ar putea crede“. Bazându-se pe aceste date, Baruk insistă, ca și noi, asupra solicitudinei deosebite, plină de tact, pe care trebue s'o arătăm acestor suferinzi. Consemnăm cu satisfacție această concordanță între concluziile unor cercetări întreprinse independent unele de altele.

Bibliografie.

1. **Bleuler**: *Dementia praecox* oder *Gruppe der Schizophrenien* (in *Handbuch der Psychiatrie*, herausgegeben von **Aschaffenburg**), 1911.
2. **Chaslin**: *Éléments de sémiologie et de clinique mentales*, 1912.
3. **Deny**: *La démence précoce* (in *Traité de Sergent*), 1926.
4. **Deny** et **Roy**: *La démence précoce*, 1903.
5. **Dide** et **Guiraud**: *Psychiatrie du médecin praticien*, 1929.
6. **Ionaşiu** şi **Lungu**: *Puncţia rachidiană repetată în tratamentul schizofreniei* („Sibiul Medical", 15 Martie 1934).
7. **James (W.)**: *Textbook of Psychology*, 1904.
8. **Kraepelin**: *Psychiatrie*. Achte Auflage. III. Band, II. Teil, 1913.
9. **Laignel-Lavastine, Barbé (A.)** et **Delmas**: *La pratique psychiatrique*, 1929.
10. **Lévy-Valensi**: *Précis de Psychiatrie*, 1926.
11. **Masselon**: *La démence précoce*, 1902.
12. **Minkowski**: *La Schizophrénie*, 1927.
13. **Pascal (C.)**: *La démence précoce*, 1910.
14. **Régis**: *Précis de Psychiatrie*, 7-e édition.
15. **Reichardt**: *Allgemeine und spezielle Psychiatrie*. Dritte Auflage.
16. **Ribot (Th.)**: *Psychologie de l'attention*. Alcan, éd.
17. **Rogues de Fursac**: *Manuel de Psychiatrie*, 1923.
18. **Tomescu (P.)**: *Studii clinice şi experimentale*, 1931.
19. **Tomescu** şi **Ionescu-Bucşani**: *Efectele terapeutice ale harminei în catatonie*, („România Medicală", 15 Martie 1934).
20. **Weygandt**: *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*, 1902.

KLIMAKTON

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Reprezentanță și Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, București VI.

Fiziologia ochiului şi aeronavigaţia de noapte

de

Maior Dr. **Od. Apostol**
Medic-şef al flotilei de aviaţie de gardă.

Din studiile publicate în „*Vestnic Vozdušnogo Flota*“ — buletin al aviaţiei sovietice — rezultă deosebita atenţiune ce se dă problemei sborului de noapte, de conducătorii aeronauticei ruse.

Studiile experimentale ale lui *Vişnevskii* şi *Ţirlin* şi expunerile lor teoretice, ni se par extrem de interesante. Credem că aceşti autori sunt cei dintâi în literatura medicală internaţională, care s'au ocupat de această chestiune.

Semnalizarea optică în flota aeriană impune pe lângă studierea fiziologiei oculare în aeronavigaţia la înălţime de peste 3500 m., în sborul de noapte şi în timpul excitabilităţii ochiului prin semnalizările optice incolore, dar şi aceia a excitabilităţii oculare prin semnalizări optice colorate (verzi şi roşii).

Vişnevskii şi Ţirlin au arătat că lipsa de oxigen în sborurile de înălţime îngreuiază vederea şi adaptarea ochiului pentru întunerec.

Autorii citaţi mai sus, au studiat comportamentul ocular în aeronavigaţia pe *întunerec* şi pe *lumina lunei, în raport cu semnalizarea optică verde şi roşie.* Tot ei au făcut studii de această natură şi într'o *barocameră amenajată special.* Rezultatele experienţelor lor, extrem de interesante, autorii aceştia le-au reprezentat grafic în patru diagrame, a căror *interpretare* o dăm mai jos:

A) ***Sensibilitatea ochiului descreşte în raport cu creşterea înălţimei.***

Autorii subliniază că aceasta se observă dela 1500 m. înălţime de sbor.

Alţi autori, şi noi, după peste 60 ore de sbor, dintre care două la 6000 m. (control barografic), am constatat că nici pilotul, nici noi, în cursul cercetărilor noastre biofiziologice nu am simţit nevoia alimentaţiei cu oxigen, iar vizibilitatea fără ochelari (noi avem miopie

de 4 D.), dela acea înălțime, era surprinzător de bună. Această observație a noastră va face obiectul unor alte cercetări.

Camaradul nostru, aviatorul pilot de vânătoare *Antoniev B.*, cu care întreprindem studii importante de medicină aeronautică și care mi-a pus la îndemână studiul rusesc, a făcut în mai multe rânduri sboruri la 5000 m. cu monoplace *Fokker* și nici un moment nu a recurs la aparatul de oxigen. Vizibilitatea la verticală perfectă.

Din ancheta noastră întreprinsă cu ocazia manevrelor regale din anul trecut, printre aeronaviganții de noapte, rezultă că părerea autorilor ruși ar fi exagerată.

Vișnevskii și *Țirlin* declară că încă dela 1500 m. organismul se resimte, dar *mai ales ochiul* și că *respirarea oxigenului timp de 10 minute favorizează vederea în sborul de noapte, pentru a observa semnalele optice, însă nu perfect.*

In timpul *coborîrei* și *după aterizare*, (cam vreo 10 minute) sensibilitatea vederei nu revine la cea inițială.

2. Aceleași date ca pentru lumina roșie, autorii ruși au obținut și pentru lumina *verde*. Rezultatele le-a reprezentat diagrafic: *cu cât înălțimea de zbor e mai mare, cu atât sensibilitatea ochiului scade. Inhalațiile de oxigen timp de 10 minute produc un efect slab* și *cu cât înălțimea crește, cu atât acest efect scade.* Zece minute de repaus după aterizare, nu favorizează revenirea la normal.

3. Dintr'o altă diagramă a autorilor ruși, rezultă că *cu cât crește înălțimea de zbor, cu atât sensibilitatea ochiului scade procentual. La lumina lunei, aceasta scădere e mai mică decât la întunerec profund. Pentru lumina roșie scăderea e mai mică decât cea verde.*

Autorii subliniază că noaptea, dela 4500 m. înălțime, culoarea verde se observă gris-albicioasă.

Dacă privim obiectele colorate la o luminozitate slabă, aceste obiecte par la început gris și numai după ce luminozitatea crește, definim adevărata culoare a obiectelor respective.

Intervalul acesta de timp între perceperea falsă a culoarei gris-albicioasă și cea reală, se numește „interval incolor".

Experiențele lui *Vișnevskii* și *Țirlin* arată că acest interval incolor diminuă în timpul ascensiunei, în raport cu cel înregistrat pe pământ.

4. Aceiași autori ruși, de care ne ocupăm în lucrarea aceasta, prezintă o ultimă diagramă, prin care se deduce că după opt ore de sbor la 1500 m. pe *o noapte cu lună, perceptibilitatea oculară pentru lumina roșie, crește față de aceia a culoarei inițiale.*

Concluziile practice pentru aeronautică ce le oferă atari studii biofiziologice sunt extrem de importante și anume:

1. *Înălțimea face să scadă sensibilitatea ochiului pentru izvoarele de lumină colorată.*

Acest fenomen biofiziologic se observă chiar dela 1500 m.

2. *Inhalațiile de oxigen nu restabilesc complet acest neajuns.*

3. *Cerințele luminotehnice în aviație pentru semnalizare, trebue modificate în raport cu factorul altitudine și durata de sbor la înălțime.*

4. *In timpul sborului, noaptea, picajele, chiar inhalând oxigen, diminuă mult sensibilitatea ochiului, față de izvoarele luminoase colorate.*

Universitatea din Paris

Lucrare făcută în clinica chirurgicală St. Antoine „Prof. Lejars".

Rezultate obţinute în infecţiuni chirurgicale cu strepto, stafilo şi pneumococi, tratate prin Lysate vaccinuri Duchon

de

Aurel Mavru

Fost asistent al clinicei chirurgicale St. Antoine

Secundar al serviciului chirurgical din Spitalul Militar Sibiu

In serviciul maestrului nostru Profesor F. Lejars, am tratat un oarecare număr de infecţiuni cu strepto, stafilo şi pneumococi, reunind peste 130 de cazuri, printr'o metodă nouă terapeutică, ce întrebuinţează Lysate vaccinuri, al căror agent lisant este bacilul piocianic viu.

Această metodă a cărei demonstraţiune şi punere la punct a fost făcută de Drul Louis Duchon, şeful laboratorului de bacteriologie al clinicei medicale — Prof. Bezançon, de pe lângă Facultatea de Medicină din Paris, a fost expusă de Dsa, în diferite comunicaţiuni (vezi Bibliografia). Rezultatele încurajatoare aproape constante, ce noi le-am obţinut pe cazurile tratate, ne-au condus a studia şi face cunoscut indicaţiunile cât şi tehnica acestei noui terapii, redând pentru ilustrare observaţiile cele mai caracteristice.

Importanţa sau mai curând influenţa ascendentă a vaccinoterapiei asociată actului chirurgical sau utilizată exclusiv în anumite infecţiuni datorite microbilor piogeni, este tradusă de acordul cel mai desăvârşit ce domneşte în ora actuală în spiritul chirurgului modern. dezacordul referindu-se nu la metoda însăşi ci la alegerea vaccinului,

Respectând datele importante furnizate de ansamblul faptelor clinice observate la cazurile tratate, Duchon ajunge la următoarele deducţiuni clinice, făcând posibilă comparaţia între metodele de vaccinoterapie uzitate şi metoda sa de lisate vaccinuri.

1. Ori care ar fi infecţiunea tratată, la durată egală de tratament autovaccinurile apar totdeauna mai eficace, decât stock-vaccinurile ce întotdeauna s'au arătat inferioare autovaccinării;

2. Eficacitatea unui vaccin se măsoară după rapida modificare a curbei termice, fenomen ce rămâne cel mai bun indiciu clinic asupra imunizaţiei.

Ori cât de logice ar apărea aceste deducţiuni, cad în faţa unui tratament curativ urgent după cum am avut ocazia să constat la cazurile tratate, în care vindecarea clinică a infecţiei piogene a fost obţinută numai prin stocks vaccinuri, fenomen asupra căruia Duchon, insistă afirmând că „rezoluţia unei infecţiuni piogene prin stocks-vaccinuri, este egală cu vindecarea clinică nu şi cu imunizaţia individului care este un fenomen cu totul lipsit de conexiune de primul".

O scurtă revistă descriptivă a principiilor de preparaţie a diferitelor vaccinuri o socotesc necesară înainte de a intra în detaliile de preparaţie a Lisatelor-vaccinuri Duchon.

A) Vaccinul tip Wright, obţine corpi bacterieni cât mai puţin posibil modificaţi în structura lor, utilizând emulsiuni de colonii microbiene, obţinute pe mediuri de cultură solide, sterilizate prin căldură la 56° sau 60°, sau prin aether, fluor, iod, radiaţiuni ultraviolete, etc.;

B) Vaccinul Prof. P. Delbet, utilizează culturi obţinute pe mediuri lichide, vechi de o lună, conţinând în acelaşi timp produse de secreţiune microbiană şi corpi microbieni mai mult sau mai puţin desintegraţi ca urmare a fenomenelor de autolysă;

C) O a treia metodă caută să obţină produsele de secreţiune sau de desintegrare microbiană din culturi vechi, fără să utilizeze căldura, filtrând numai mediurile lichide de cultură, obţinându-se astfel un filtrat separat de corpi microbieni;

D) In sfârşit Lysatul-vaccin-Duchon intră în această din urmă metodă de preparaţie, cu particularitatea de a utiliza un element esenţial litic, al cărui agent lysant este B. pyocianic viu.

Pentru a fixa mai bine principiul de preparaţie al acestui vaccin fără a intra în intimitatea fenomenelor de antagonism microbian sau în procesul de vaccinaţie sau de terapeutică, sunt nevoit a face un succint rezumat al diverselor etape parcurse de toţi autorii, cari au întreprins cercetări asupra rolului obscur jucat fie de prezenţa bacilului pyocianic, fie de secreţiunile cunoscute sub numele de „pyocianasă" chestiuni ce n-au o formulă precisă în lucrările consultate în vederea alcătuirii studiului de faţă.

In 1889 Freudenreich în „Les annales de micrographie" arată rolul jucat de B. pyocianic, capabil de a împiedeca desvoltarea microbilor pyogeni, dacă este asociat acestora, rol pe care Emmerich şi Loew, au voit să-l atribue unei proprietăţi presupuse bacteriolitice, cercetări ce i-au condus la o terapeutică apropiată în angina difterică.

In 1894 Krauss, observă în urma experienţelor făcute pe cobai, cari erau injectaţi cu culturi de b. pyocianic omorîte prealabil, că aceştia rezistau la o infecţiune cu b. Eberth, experienţă ce rămăsese fără rezultat la oameni.

Charrin şi Guignard, constatară la rândul lor că bacteridia cărbunelui însămânţată într'o cultură filtrată de b. pyocianic, suferă alteraţiuni morfologice.

Mai târziu Emmerich şi Tromms, studiază pe iepuri tratamentul preventiv al infecţiei streptococice prin pyocianază, experienţă confirmată în 1908 de către Saar, în „Deutsche medizinische Wochenschrift".

Acţiunea bactericidă şi protectrice a pyocianazei în tratamentul pustulei maligne, face obiectul unui complect studiu, al altor doi autori Favrel şi Fortineau, ce o denumesc pyocianină.

Escherich recurge la acţiunea desinfectantă a pyocianasei în afecţiunile faringiene şi în meningitele cerebrospinale, însă nu obţine rezultatele dorite.

Jehle pretinde de a fi obţinut dispariţia micrococuluí cataral din faringe prin acelaşi procedeu.

In 1908 Muhsam şi Schliffe, nu sunt satisfăcuţi decât într'o mică măsură de acţiunea bacteriolitică exercitată de pyocianasă asupra b. difteric, în care scop recomandă asocierea concomitentă cu injecţiuni de ser Roux.

Podwyssotzki şi Adanoff în „Zentralblatt für Bakterien" în 1909 publică rezultatele studiilor întreprinse asupra acţiunei pyocianasei vis-à-vis de b. difteric, de vibrionul holeric şi de colibacili, care sunt influenţaţi în ordine descrescândă.

In acelaşi revistă în 1913 Isabolinski, redă precis puterea bactericidă a pyocianasei, capabilă de a întârzia moartea animalelor, cărora li s'a injectat în acelaş timp cu pyocianasă şi doze mortale de streptococi, sau de bacteridie carbonoasă.

In 1921 P. Delbet care recurgea încă de mult la stockvaccinul său mixt, a cărui formulă o publicase încă din 1914, asociază şi culturi de b. pyocianici la culturile de stafilococi şi streptococi, toate 3 vechi de o lună şi sterlizate prin încălzire la 65°, şi care prin prezenţa pyocianasei avea o acţiune bactericidă asupra culturilor de stafilococi şi de streptococi.

Boidin şi Thierry servindu-se de bulionul Delbet mai ales în erizipel, au putut observa că toxinele pyocianicului, nu împiedecau decât în parte acţiunea streptococilor şi că germenii nu erau omoriţi în cantităţi mari.

Din expunerea de mai sus se poate vedea că toți acești autori, au neglijat rolul b. pyocianic față de microbii ce i-au fost asociați, preocupându-se numai de secreția acestuia, cunoscută de atunci sub numele de pyocianasă și căreia mulțimea acestor autori i-a atribuit o proprietate bacteriolitică, acțiune care după Louis Duchon, aparține însăși bacilului viu. Experiențele întreprinse de Duchon „in vitro" au fost edificatoare confirmând următoarele fapte:

Exp. I. Intr'o serie de tuburi conținând culturi lichide de streptococi vii și în cari s'au introdus doze progresive de pyocianasă, după câteva zile de etuvă, germenii erau intacți, vii și colorându-se net.

Exp. II. In același număr de tuburi conținând aceleași cantități de culturi lichide de streptococi vii se introduce de data aceasta doze progresive de culturi vii de b. pyocianic, egale cu dozele de pyocianasă din prima experiență, lăsate același timp de 8—12 zile, cu aceiași temperatură a etuvei, după 10 zile toți streptococii dispăruseră.

Exp. III. Această experiență a condus la găsirea unei a II-a proprietăți a b. pyocianic viu, consistând dintr'o acțiune atenuantă față de anumite toxine microbiene și mai ales față de toxina difterică, care preparată astfel putea fi injectată în doze mortale, doze ce deveniau însă inofensive pentru cobai.

Concluziile logice ce se desprind din aceste experiențe confirmă realitatea incontestabilă, că secreția bacilului pyocianic viu omoară, digeră, ysează coloniile de streptococi sau ale altor colonii microbiene.

Această acțiune bacteriolitică pare a se manifesta mai mult sau mai puțin rapid după rasa microbiană, începând totdeauna prin modificări în cantitatea germenilor și apoi în morfologia lor.

Acești microbi își modifică în majoritatea cazurilor afinitățile tinctoriale pierzând facultatea de coloratie prin metoda Gram.

Concomitent cocii își pierd structura lor obișnuită și uneori chiar aspectul morfologic. Unii dublându-și sau triplându-și volumul față de alți cocі, ce sunt reduși la o adevărată pulbere microbiană ca în unele lanțuri streptococice, sau prezentând o formă incapsulată refringentă, lângă germeni de același natură ce n'au o astfel de capsulă.

Pentru a distruge relativa patogenitate a lysatelor microbiene obținute prin amestecul de b. pyocianici vii, Duchon recurge la filtrarea acestor lysate vaccinuri.

Această operație este suficientă a asigura o completă absență a nocivității indiferent de rasa microbiană, contrară vaccinurilor preparate cu ajutorul unei culturi microbiene, lysată prin bacteriofagul

lui Herèlle, care nu pare să fie virulent decât pentru rasa microbiană conţinută în cultură.

In rezumat lysatele-vaccinuri Duchon conţin streptococi, stafilococi, pneumococi şi a căror lisă a fost obţinută prin bacili pyocianici vii, însemânţaţi în aceeaşi cultură, cari după lisă au fost totdeauna excluşi prin filtrare, nerămânând decât endotoxinele puse în libertate prin lisă, jucând rol de antigeni şi determinând o formaţie abundentă de anticorpi, fenomen urmat totdeauna de o scădere a pyrexiei.

Afecţiunile tratate în mare parte în clinica Prof. Lejars şi urmărite într'un bun număr de cazuri de noi, au fost din cele mai variate, ele putând fi repartizate astfel:

29 observaţiuni de mare infecţiune (fie flegmoane, fie fracturi deschise, fie supuraţiuni osoase).

20 adenoflegmoane.

20 abcese ale sânului.

18 limfangite.

11 furuncule, din care 6 furuncule antracoide ale buzei superioare.

10 furuncule antracoide în diferite regiuni.

10 pleurezii purulente, din cari 5 cu streptococi, 2 cu stafilococi şi 3 cu pneumococi.

8 flegmoane ale tecilor tendinoase.

7 panariţe.

2 pielonefrite cu stafilococi.

Ne mărginim a publica această statistică, fără a socoti un număr însemnat de pacienţi trataţi, fie în scopul de a preveni o bronchopneumonie înainte de a fi operaţi pentru o maladie gastrică, fie trataţi în scop curativ, cum am avut uneori ocazia de a trata câţiva gastroenterostomizaţi sau gastrectomizaţi, la care execuţia de urgenţă a intervenţiei, ne-a împiedecat de a tenta un metodic tratament preventiv.

Pentru o mai uşoară înţelegere a acestui studiu vom grupa aceste observaţiuni în 4 clase distincte, după natura germenilor în cauză.

1. Infecţiuni cu streptococi, tratate cu lysate pure de streptococi.
2. Infecţiuni cu stafilococi tratate cu lysate pure de stafilococi.
3. Infecţiuni cu streptococi şi stafilococi, tratate prin lysate mixte.
4. Infecţiuni cu pneumococi tratate prin lysate pneumococice.

Infecţiuni streptococice.

Următoarele observaţiuni alese printre cazurile cele mai caracteristice, sunt necesare la susţinerea efectelor terapeutice descrise mai sus.

Obs. I. Bolnavul H. J. de 24 ani intră în clinica chirurgicală St. Antoine la 23 X. 1929, pentru un adeno-flegmon latero-cervical drept, survenit în urma unei infecţiuni a molarului de minte inferior drept. Regiunea cervicală dreaptă superioară tumefiată de mărimea unei mandarine, dură la palpaţie, dureroasă, cu uşoară fluctuenţă centrală. Oedemul regiunei geniene corespunzătoare. Trismus accentuat, mişcările gâtului imposibile. Temperatura vesperală 39°, matinală 38°,6.

Ex. Citobacteriologic: In câmpul frotiului prezenţă de streptococi hemolitici.

Se face prima injecţie de vaccin-lysat Duchon 1 cm. cub.

24 X. a II-a injecţie de 1 cm. cub de vaccin-lysat.

25 X. a III-a injecţie de vaccin. La palpaţie se simte o fluctuenţă ocupând centrul tumefacţiei. Diminuare notabilă a durerilor.

26 X. Se face a IV-a injecţie.

27 X. Se face a V-a injecţie. Temperatura matinală 36°,4, vesperală 36°,7. Incizia practicată la nivelul fluctuenţei dă eşire unui puroi verzui abondent. Se fac pansamentele zilnice fără topice.

In zilele următoare se continuă injecţiile.

3 X. Absenţa oricărei supuraţiuni.

5 XI. Cicatrizarea complectă a plăgei permite eşirea acestui pacient, căruia ise continuă injecţiunile încă câteva zile până la dispariţia unui mic nodul nedureros, ce persistă la nivelul cicatricei.

Obs. II. Bolnavul An. R. 32 ani intră în clinică la 9 XI. 1929, prezentând un flegmon difuz al membrului superior drept, ce-a provocat o septicopiohemie cu streptococi, cu un sindrom infecţios extrem de grav, consecutiv unei plăgi contuze survenite cu 15 zile înainte Bolnavul este internat cu un delir violent. Starea generală extrem de rea. Limba uscată, cu tegumentele şi conjoctivele subicterice.

Ex. local. Membrul superior drept dublat de volum, are tegumentele roşii violacee, cu o zonă echimotică ce ocupă faţa externă a regiunei cotului şi antebraţului.

Diferenţa termică destul de accentuată la ambele membre.

Corpul şi membrele inferioare sunt ocupate în întregime de un eritem scarlatiniform sub formă de placarde.

Faţa internă a coapsei stângi şi regiunea genunchiului corespunzător prezintă o limfangită înaintată.

Se face prima injecţiune cu lysat de streptococi, recoltându-se şi sânge necesar unei hemoculturi care în 24 ore dă o cultură de streptococi hemolitici.

10 XI. Se continuă vaccinaţiunea. Aceleaşi fenomene ca mai sus.

11 XI. Starea generală se menţine gravă, delirul prezentând aceiaşi intensitate. Local. starea inflamatorie pare fixată. Se face injecţiune.

12 XI. Starea generală uşor ameliorată. Delirul în descreştere. Tumefacţia mult regresată. Local tegumentele sunt colorate normal, afară de zona echimotică ce formează o vastă escară cu tendinţe de eliminare.

Placardele eritematoase aproape dispărute sunt înlocuite prin flictene, afară de regiunea genunchiului ale cărei tegumente sunt uşor infiltrate. Se face injecţiune cu lysat streptococic.

13 şi 14 XI. Erupţia eritematoasă complect dispărută, flictenele descuamându-se în largi lambouri. Local ţesuturile braţului prezintă o progresie evidentă de desinfiltrare.

Ex. citobacteriologic al puroiului escarelor, arată prezenţa de streptococi, stafilococi şi proteus. Se face încă o injecţiune.

In zilele următoare se continuă vaccinaţiunea. Fenomenele generale şi locale în descreştere. Braţul de volum normal are tegumentele colorate ca şi congenerul său. Escarele sunt eliminate, lăsând descoperită o plagă superficială, uşor supurată. Temperatura 37°.

Se face incizie şi contra incizie la faţa anterioară a genunchiului stâng, enorm tumefiat, evacuându-se o cantitate apreciabilă de puroi cu streptococi.

21 XI. Injecţiunile se continuă zilnic. Ameliorarea face progrese remarcabile dela o zi la alta.

25 XI. Injecţiunile se fac cu regularitate în fiecare zi.

Plaga superficială a antebraţului şi cotului prezintă o activă înmugurire. Plăgile operatorii din regiunea genunchiului în curs de cicatrizare.

26 XI. Se suprimă vaccinaţia, cicatrizarea plăgilor, efectuându-se normal. Bolnavul părăsind clinica câteva zile mai târziu.

Observ. III. Che. Alex. de 49 ani intră în clinică pentru pleurezie purulentă dreaptă la 2 XII. 1929.

Istoric. Boala a debutat cu 15 zile înainte.

Starea prezentă. Febril. De constituţie mediocră. Tegumentele palide. Ţesut celular subcutanat emaciat. Nimic anormal de semnalat din partea ganglionilor, sistem muscular, sistemului osteoarticular.

Examenul splanchnic. La percuţie matitatea la baza pulmonară dreaptă. La ascultaţie murmurul vezicular abolit. Vibraţiile vocale nu se transmit la mână pe o înălţime de 8 cm. la această bază.

Toracenteza dă 560 cm. c. lichid turbure.

Ex. Citobacteriologic al lichidului pleural, arată prezenţa de streptococi hemolitici.

Tratament: 1 cm. c. de lysat-vaccin polivalent plus un cm. c. de lysat-vaccin streptococic.

3, 4, 5, 6 XI., şi în zilele următoare se continuă tratamentul de mai sus.

Starea generală se ameliorează. Temperatura matinală 37°, vesperală 37°,3. Puncţiile evacuatoare au dat cantităţi de puroi din ce în ce mai mici.

8 XII. Se face numai injecţie cu lysat-vaccin cu streptococi. Starea generală a bolnavului menţinându-se satisfăcătoare. Injecţiunile se continuă zilnic până la 27 XII., când bolnavul face din nou un puseu febril, acuzând şi un junghiu destul de intens la baza dreaptă.

Punţia dă eşire la 45 cm. c., de puroi.

Ex. Citobacteriologic. Lanţuri rare de streptococi, Gram pozitivi şi Gram negativi. In parte, aceşti coci sunt înglobaţi în fagocite, sau înconjuraţi de zone clare, sau apărând ca o pulbere fină.

Se face o pleurotomie prin care se evacuează 300 cm. c. de puroi. Cicatrizarea rapidă a plăgei operatorie permite eşirea bolnavului la câteva săptămâni.

Vaccinaţiile s'au făcut zilnic în tot timpul şederei în clinică.

Observ. IV. D-na Be. M. 42 de ani, intră la 2 I. în clinică pentru pleurezie purulentă la baza dreaptă şi neoplasm al S. iliac.

Cu 6 zile înainte bolnava a suferit de gripă. Temperatura matinală 39°, vesperală 40°,8

Puncţia evacuează 50 cm. c. de puroi al cărui examen bacteriologic arată numeroase lanţuri cu streptococi hemolitici.

Se face lysat-vaccin polivalent 1 cm. c. plus 1 cm. c. lysat-vaccin cu streptococi.

Se continuă tratamentul de mai sus zilnic.

12 I. Toracenteză nouă, de 10 cm. c. de puroi, conţinând numeroase fagocitoze, parte din coci sunt înconjuraţi de o zonă clară.

Examenul radiografic arată fundul de sac costodiafragmatic drept liber. Apyrexia se menţine de câteva zile.

14 I. şi în zilele următoare se continuă vaccinările. Bolnava se emaciază continuu.

26 III. Exitus survenit în plină caşecsie neoplazică.

Din examinarea acestor observaţiuni se poate urmări obţinerea ameliorărilor şi a însănătoşirei urmând gravitatea fiecărui caz. Vaccinaţia a fost utilizată exclusiv sau asociată la unele cazuri cu minime intervenţiuni chirurgicale, rezumate în mici incizluni, puncţii evacuatoare, pleurotomii.

Rezultatele obţinute în cazurile care au beneficiat de această vaccinoterapie, ne permit de a vedea în această nouă metodă, încă un mijloc terapeutic capabil să jugulieze accidentele infecţioase prin diminuarea virulenţei germenului cauzal.

Leucocitoza precoce ce urmează vaccinărilor, din chiar primele zile se manifestă la început printr'o abondentă cantitate de puroi la nivelul focarului, ce diminuă zilnic dispărând spontan după câteva zile. Această abondenţă de leucocite nealterate este remarcabilă mai ales în pleurezii putându-se observa numeroase fagocitoze.

De asemenea această metodă pare a înlătura riscurile unei intervenţiuni chirurgicale în perioada acută a infecţiunei, pregătind şansele de reuşită operatorie, prin răcirea colecţiunei, când organismul mai puţin infectat este apt a suporta orice intervenţiune, fără a pune în inferioritate sau a exclude actul chirurgical.

Infecţiuni stafilococice.

Intr'un mare număr de cazuri de infecţiuni stafilococice profunde sau superficiale, injecţiunile cu lysate vaccinuri stafilococice, ne-au satisfăcut. In cazurile de furunculoză trebuind să precedeze aplicaţia locală de vaccin.

Pentru stafilocociile superficiale epidermice, ce nu câştigă profunziunea dermului, noi am recurs la vaccino-terapie în suprafaţă recomandată de Besredka, ce s'a arătat în majoritatea cazurilor tratate, suficientă a asigura o imunizaţie locală şi deci vindecarea acestor cazuri.

Primul fenomen observat de noi la aceşti bolnavi, a fost o atenuare a durerei uneori la scurt interval după prima injecţie.

Apariţia precoce de puroi în formele infiltrate prin aflux leucocitar cât şi eliminarea sfacelului sunt fenomene ce pledează de asemenea pentru progresul imunizaţiei.

Din numărul observaţiilor acestui grup de infecţiuni, tratate fie prin aplicaţiuni superficiale, fie prin injecţiuni subcutanate, voiu rezuma pe cele mai demonstrative.

Abcese ale sânului şi mastite acute de alăptare.

Observ. V. Bolnava R. A. intră în clinica chirurgicală St. Antoine la 27 IV. 1930, prezentând o tumefacţie dureroasă a sânului drept.

Temperatura 40°. Frisoane. Cu 15 zile înainte a avut un panariţiu la indicatorul dela mâna dreaptă.

28 IV. Se face puncţie obţinându-se puroi ce conţine stafilococi aurii.

29 IV. Temperatura 38°,5. Local tegumentele roşii. La presiune întreaga regiune extrem de sensibilă. Se face prima vaccinaţie cu lysat-vaccin stafilococic. Se continuă injecţiunile şi în zilele următoare.

1 V. Temperatura 37°. Local tegumentele roşii, cu o zonă de fluctuenţă la partea internă a mamelonului. Se face din nou o injecţie.

2 V. Injecţie. Se practică o mică incizie la nivelul zonei fluctuente, evacuându-se mult puroi, ce conţine numeroşi stafilococi aurii.

3, 4, 5, 6 V. Durerile au dispărut, cantitatea de puroi devine tot mai mică. Se continuă zilnic injecţiile.

10 V. Cicatrizarea complectă a plăgei operatorii. La nivelul cicatricei prezintă un mic nodul, indolor. Se continuă injecţiile.

17 V. Eşită după cerere. Mamela de aspect şi volum normal.

După această observaţiune reese că lyso-vaccinoterapia nu este opusă şi nici nu exclude actul chirurgical, ce rămâne totdeauna indicat în marile colecţiuni, contribuind la evacuarea puroiului prin incizile practicate, favorizând astfel vindecarea.

In câteva cazuri această metodă întrebuinţată exclusiv, a fost suficientă, asigurând însănătoşirea, deci suprimând un drenaj mai mult sau mai puţin prelungit, evitând importante pansamente zilnice şi cicatrice indelebile.

Chiar în acele cazuri, unde asocierea metodelor a fost reclamată de starea locală, tratamentul chirurgical s'a rezumat la o puncţie făcută cu trocarul sau cu vârful bisturiului, intervenţiuni ce n'au lăsat decât o minimă cicatrice, ce a devenit rapid invizibilă.

Durerea constantă ziua şi noaptea şi de o acuitate crescândă din cauza aglomerărei laptelui, durere ce torturează bolnavele, a dispărut mai totdeauna dela primele injecţii cu lysat-vaccin.

Febra prezintă o curbă termică caracteristică cu tendinţă la apirexie, din primele zile ale tratamentului, fapt ce se observă de-altminteri şi după o intervenţiune chirurgicală şi care arată că şi cu această metodă se poate obţine o rapidă cădere a febrei.

Furuncule antracoide.

In câteva cazuri tratate în clinică cu lysate stafilococice, intervenţia chirurgicală a fost exclusă rămânând însă de o utilitate ce nu poate fi contestată şi care trebue să fie asociată lyso-vaccinoterapiei, în acele cazuri în cari evoluţia progresivă a leziunei şi ab-

senţa oricărei reacţiuni a organismului faţă de antigenii conţinuţi şi introduşi în lisate vaccinuri, cer asocierea urgentă a ambelor metode.

Observ. VI. Bolnava C. F. de 23 ani intră în spital la 30 Ianuarie 1930 cu un furuncul antracoid al buzei superioare stângi.

1 II. Local buza enorm tumefiată, tegumentele cianotice. Tumefacţia se întinde şi în regiunea geniană stângă şi la pleoapa inferioară.

Temperatura 38°,8. La palpaţie acuză mari dureri. Se face prima vaccinaţie cu lysat-vaccin.

2 II. Se face a doua injecţie. Durerile mult diminuate. Temp. 37°,8.

3 II. Se face a treia injecţie. Oedemul regiunelor palpebrală şi geniană aproape dispărut. Local infiltraţie limitată.

4 II. Ulceraţia spontană a tegumentelor permite evacuarea unei apreciabile cantităţi de puroi. Se face a patra vaccinare.

In zilele următoare se fac noui vaccinări. Evoluţia spre vindecare marchează zilnic noui progrese.

10 II. Ese complect vindecată.

Observ. VII. Doctorul M. L. de 72 de ani intră în clinică în ziua de 15 Martie 1930, cu un enorm furuncul antracoid în regiunea cefei.

Temperatura 39°. Tegumentele locale cianozate. Intreaga regiune a cefei enorm tumefiată, tumefacţie ce se termină în regiunele supra spinoase.

Tegumentele toracelui prezintă placarde de eritem scarlatiniform. La palpaţia regiunei, bolnavul acuză dureri mari, dureri ce se exacerbează prin mişcările voite ale capului. Puls 104 Se face imediat o primă injecţie cu lysat-stafilococic.

Examenul urinei: albumină-glucoză negative.

16 III. Se face o a doua injecţiune. Aceleaş fenomene generale şi locale ca la intrare.

17 III. Se face a treia vaccinare. Local inflamaţia pare a fi staţionară, tegumentele cianozate. Temperatura 38°,7. Puls 96.

La palpaţie se percep zone dure. Se procedează la o largă deschidere crucială a furunculului cu bisturiul electric.

18 III. Se continuă vaccinările. Prin plagă se drenează o abondentă cantitate de puroi şi debriuri de sfacel. Temperatura 37°,5.

19 III. Injecţie cu lysat-vaccin stafilococic. Temperatura 39°.

Urina tulbure, cu aspect de piurie. Examenul sedimentului relevă numeroase leucocite alterate şi numeroşi coci gram pozitiv. Insămânţările din sediment dau numeroase colonii de stafilococi aurii.

20, 21, 22 III. Fenomenele descrise mai sus dispărute. Fenomenele generale deasemeni în regresiune. Local eliminare însemnată de puroi şi sfaceluri. Se continuă zilnic vaccinările.

20 IV. Se suprimă injecţiunile. Aspectul plăgei fiind curat, procesul de înmugurire activ.

4 V. Ese după cerere, revenind la fiecare două zile la pansament.

6 VI. Bolnavul complect vindecat.

In aceste cazuri durerile au dispărut în primele 24—48 ore ce au succes primelor vaccinaţiuni.

Eliminarea sfacelului am observat-o la unele cazuri chiar de a doua zi şi luând aspectul unei veritabile lichefieri purulente, care topia, dacă ne este permisă expresia, orice aderenţă profundă sau laterală, permiţându-ne extracţia sfacelului cu o pensă Kocher, fără de a întreprinde o debridare prealabilă.

Febra a scăzut dela primele injecţiuni, afară de cazul Doctorului M. L. unde atât fenomenele generale, cât şi cele locale, au cedat foarte lent, probabil din cauza minimei reacţiuni a unui organism destul de înaintat în vârstă.

Un deces al unei bolnave diabetice ce a prezentat un furuncul antracoid al buzei superioare, a survenit în noaptea ce-a urmat primei injecţiuni.

Pleurezii cu stafilococi.

Mult mai puţin frequente decât cele cu streptococi, judecând după numărul cazurilor ce s'au prezentat nouă spre tratament, au fost infecţiuni ce s'au arătat aproape totdeauna sensibile, faţă de acţiunea lysat-vaccinului polivalent asociat cu lysat-vaccin stafilococic.

Observ. VIII. L. A. de 19 ani intră în clinică la 26 X. suferind de apendicită acută.

27 X. Se face apendicectomie.

28, 29, 30 X. Mers normal.

31 X. Temperatura 38°,7. Acuză un uşor junghiu la baza dreaptă a toracelui. Puncţia dă puroi ce conţine numeroşi stafilococi aurii.

Se institue un tratament mixt, zilnic, recurgându-se la lysat-vaccin polivalent şi lysat cu stafilococi.

12 XI. Puncţia dă o cantitate de 260 gr. puroi, ce conţine numeroşi coci alteraţi, punctiformi, înconjoraţi de zone clare.

Se continuă injecţiunile zilnic.

24 XI. Starea generală mult ameliorată. Radiografia arată o slabă opacitate la întreaga bază dreaptă, pe o lăţime de 2 degete. La ascultaţie frecăturile pleurale persistă. Temperatura 36°,5. Se continuă zilnic injecţiile, recurgându-se numai la lysat-stafilococic.

10 XII. Ese după cerere. A câştigat 2 kgr. în greutate. Revăzut după 2 luni. Starea generală satisfăcătoare, a câştigat încă 2 kgr. în greutate.

Examenul radiografic: arată o diminuare a clarificării fundului de sac costodiafragmatic corespunzător.

Pielonefrite stafilococice.

In cazul de mai jos vaccinările cu lysat-stafilococic, au fost singurul tratament ce s'a făcut pacientei.

Observ. IX. Bolnava P. A de 21 de ani, intră la 8 IX. în clinică. Starea generală rea, cu dureri vii, ce se exacerbează la palpaţie în regiunea lombară stângă mai ales în dreptul celei de a 12 coastă.

Temperatura 39°,3, având frisoane zilnice. Facies teros. Puls 100, bine susţinut.

In antecedente personale, furunculoză în regiunea lombară cu câteva luni înainte.

Urina tulbure, lasă un depozit foarte important de leucocite alterate şi coci Gram pozitiv. Insemânţările din sediment dau numeroase colonii de stafilococi aurii.

10 IX. Se face prima injecţie de lysat-vaccin stafilococic. Se continuă zilnic injecţiunile obţinându-se în scurt timp ameliorarea stărei generale. Temperatura 37°,4. La presiune acuză dureri în dreptul coastei a 12-a

19 IX. Apyrexie, dispariţia frisoanelor. Urina mult mai clară. Injecţiuni zilnice.

6 X. Neînsemnate fenomene infecţioase. Urina limpede nu mai depune nimic.

Insemânţarea din sediment fără rezultat.

20 X. Se încetează vaccinarea. Ese din spital. Revăzută la intervale apropiate, pacienta se bucură de o deplină sănătate.

Infecțiuni mixte.

In acest grup am adunat acele cazuri în care flora microbiană departe de a fi fost simplă, cu germenul cauzal definit, prezenta un amestec variat de germeni aerobi, conținând afară de stafilococi și de streptococi, bacili pyocianici, proteus vulgaris și uneori enterococi.

In toate aceste cazuri și care sunt mult mai importante ca cifre, conduita noastră a fost de a institui dela început o vaccinație bimicrobiană, asociind lysate de stafilococi și de streptococi.

Această vaccinație mixtă a fost eficace în cazurile tratate, judecând după rezultatele obținute în adeno-flegmoane situate în diferite regiuni, cât și în flegmoane difuze, în flegmoane ale tecilor, panariții, limfangite, plăgi supurate, complicând uneori fracturi.

Observ. X. Bolnavul A. D. de 36 de ani intră în spital pentru fractura complicată a ambelor oase ale gambei stângi, consecutiv unui accident de automobil.

6 IX. Se face eschilectomie, după o largă debridare și asepsia focarului.

8 IX. Temperatura 38°. Acuză dureri mari la nivelul focarului de fractură.

9 IX. Temperatura 39°,5. Tegumentele locale roșii violacee. Dela nivelul plăgei operatorii o limfangită destul de pronunțată urcă până în 1/3 inferioară a coapsei. Se scot firele de sutură și se desfac buzele plăgii cu o pensă Kocher, evacuându-se o mare cantitate de puroi. Examenul microscopic: Numeroși stafilococi, pyoceanici și proteus vulgaris în frotiu.

Se institue un tratament compus din lysat polivalent și lysat stafilococic.

10, 11, 12, 13 IX. Se continuă vaccinările. Supurația este abondentă, durerea este mult diminuată în intensitate.

20 IX. Vaccinări zilnice. Volumul gambei normal. Tegumentele de o coloratie normală. Plaga supurează puțin, se pot vedea mici insule de înmugurire.

10 X. Se încetează injecțiile. Plaga complect cicatrizată.

Fractura consolidată. Ese din spital.

Observația XI. Bolnavul L. S. intră în clinică la 1 II. 1930, cu fractura complicată a ambelor oase, antebrațul stâng.

2 II. Debridare largă. Eschilectomie.

5 II. Antebrațul și-a dublat volumul. Tegumentele roșii lucioase.

Se ridică câteva fire de sutură, se deschid buzele plăgii, evacuându-se mult puroi.

Ex. microscopic: numeroși streptococi, stafilococi, pyocianici. Se institue un tratament mixt cu lysat polivalent și lysat streptococic.

6, 7, 8, 9 II. Se alternează lysatul streptococic cu lysat stafilococic.

Supurație abondentă, durerea aproape dispărută. Volumul antebrațului aproape normal.

12 II. Se continuă zilnic injecțiunile. Tegumentele au aspect normal.

Volumul antebrațului normal. Plaga în plină cicatrizare supurează foarte puțin.

25 II. Eșit după cerere. Calusul în curs de formare

Observ. XII. Bolnavul S. J. de 21 ani intră în clinică la 20 IX. cu flegmonul tecii radiale stângi.

La intrarea în clinică, prezenta un oedem al întregului antebraț, continuându-se cu o limfangită a brațului ce se termina în regiunea axilară. Temperatură 39°,5.

Se face incizie în Y destul de largă, a tecei radiale. Examinarea frotiului decelează o floră mixtă, cu numeroși streptococi și stafilococi. Se face prima injecție cu lysat streptococic și stafilococic.

24 X. Urcarea bruscă a temperaturei este in legătură cu desvoltarea unui alt flegmon în teaca cubitală. Se face deasemeni incizie în Y şi a acestei teci. Se continuă zilnic injecţiunile.

5 XI. Dispariţia fenomenelor infecţioase. Ambele plăgi operatorii prezentând o înmugurire normală. Supuraţia complet dispărută.

Se continuă zilnic injecţiunile până în ziua de 19 XI. când ese după cerere, ambele plăgi fiind cicatrizate.

Cu toate că în mare parte din cazurile descrise în acest grup, pacienţii ce au beneficiat de lyso-vaccinoterapie au fost operaţi prealabil, totuşi vaccinarea s'a arătat a fi un adjuvant eficace conducând la dispariţia durerilor şi a supuraţiei, accelerând cicatrizarea.

Atât în flegmoanele tecilor, cât şi în panariţiuri, sedaţiunea precoce a fenomenelor dureroase spontane şi mai puţin rapidă a durerilor provocate, a fost în aceste cazuri tot atât de constantă ca şi în celelalte cazuri descrise mai sus.

Dispariţia supuraţiei plăgilor operatorii sau accidentale, a fost obţinută uneori într'un timp relativ scurt. Insănătoşirea cazurilor de panariţii peri şi subunghială, s'a făcut cu conservarea unghiei uneori.

Excluderea prişniţelor evită la aceşti pacienţi macerăţiuni ale tegumentelor, a căror epidermizaţie cere încă câtva timp până la completa vindecare, timp suficient uneori de a da o redoare articulară, prin imobilizare mai mult sau mai puţin prelungită, capabilă de a cauza incapacităţi de muncă temporare.

In afară de câteva cazuri unde intervenţia chirurgicală fusese deja săvârşită când s'a început vaccinarea, în restul cazurilor nu s'a intervenit, fie că era vorba de panariţii subcutanate, fie de panariţii flictenoide, cu toate că intervenţia chirurgicală este mai totdeauna justificată după părerea mea, din cauza întinderei leziunei.

Infecţiuni cu pneumococi.

Observ. XIII. Bolnavul A. Ph. de 24 ani intră în clinică la 5 IV. cu o pleurezie metapneumonică dreaptă. Temperatura 39°.

Puncţia dă un lichid turbure ce conţine numeroşi pneumococi în câmpul microscopic.

6 IV. Se face lysat-vaccin pneumococic.

7, 8, 9, 10 IV. şi în zilele următoare se continuă injecţiunile. Temp. 37°,5.

16 IV. injecţiune cu lysat pneumococic. In timpul nopţii bolnavul a avut o vomică. Starea generală staţionară.

Examenul radiografic: Epanşament pleural drept cu nivel orizontal.

19 IV. Lyso-vaccinoterapie pneumococică zilnică. Temperatura 37°.

Starea generală mult ameliorată.

Un nou examen radiografic indică o scădere a imaginei lichidului dela bază.

7 VI. Injecţiunile s'au continuat zilnic. Ese după cerere. Starea generală bună. Afebril.

Examenul radiografic: Obscuritatea bazei drepte nu depăşeşte înălţimea de 3 cm.

Revăzut la 14 IX. Starea generală se menţine bună. Uşoară retracţie a peretelui toracic anterior drept.

Examenul radiografic: Imagine pleuro-pulmonară normală.

Resorbţia totală a exudatului în cele câteva cazuri tratate a fost obţinută prin simple puncţii evacuatoare, într'un caz prin vomică, la care s'a asociat injecţii de lysat-vaccin pneumococic.

Ca şi în celelalte cazuri, lyso-vaccinoterapia pare a fi susceptibilă de a modifica septicitatea puroiului, fenomen posibil prin diminuarea numărului microbilor şi prin atenuarea virulenţei germenilor, ca în cazul colecţiilor cu pneumococi, ale căror culturi succesive au arătat o atenuare a virulenţei, fenomen observat deasemeni şi în colecţiunile cu streptococi, care deşi conţineau germeni în abundenţă, starea generală era bună şi curba termică subfebrilă.

Examenele radiografice repetate ne-au confirmat însănătoşirea clinică şi în câteva din cazuri jocul diafragmatic normal era datorit unei restituiri complecte pleuro-pulmonare.

Intr'unul din cazuri pneumococii au fost ca şi digeraţi dela primele injecţiuni, caz ce de altminteri evoluase favorabil din punct de vedere clinic şi până la instituirea vaccinaţiei.

Tehnică.

Conduita adoptată în cazurile tratate, a fost de a recurge sistematic înainte de a începe vaccinarea, la un amănunţit examen bacteriologic, spre a identifica flora microbiană, importantă de cunoscut pentru a alege lysat-vaccinul adequat.

In infecţiunile profunde, (focare pleuro-pulmonare, flegmoane profunde, pielonefrite, etc.) lysatele polivalente apar ca cele mai indicate putând în mod eficace acţiona asupra focarului, care în majoritatea cazurilor era polimicrobian.

Injecţiunile de lysat-vaccin polivalent se fac zilnic în doză de 1 cm. c. şi pe cale subcutanată, trebuind a fi asociate şi apoi înlocuite cu 1 cm. c. din lysatul corespunzător germenilor mai abondenţi, spre a mări rezistenţa organismului faţă de aceşti germeni, până la complecta vindecare.

Precauţiile unei minuţioase asepsii, cât şi respectarea dozelor descrise mai sus, sunt necesare evitând orice accident.

Reacţia locală minimă se traduce prin apariţia în primele ore ce succed vaccinărei, a unei mici zone roşii la nivelul injecţiunei ce nu depăşeşte niciodată diametrul de 5 cm. sensibil la presiune, însă bine suportată de pacienţi, ce au urmat uneori tratamente ambulatorii.

Evoluţia infecţiunilor.

Primele fenomene evolutive observate au fost: dispariţia timpurie a durerilor spontane, cât şi diminuarea durerilor provocate, susceptibile de a dispărea complectamente după câteva injecţiuni.

Mersul progresiv al imunizaţiei se traduce la aceşti bolnavi prin căderea curbei termice. In majoritatea cazurilor, bolnavii au devenit complect apiretici, în primele 48 ore. Supuraţia a înregistrat mai totdeauna diminuări rapide şi progresive.

Modificările leziunilor locale destul de importante se pot urmări fie prin examen direct, fie prin examen radiografic (pleurezii purulente, pielonefrite etc.

Rezultate.

Rezultatele obţinute cu lyso-vaccinoterapia Duchon par a fi în directă relaţiune cu cantitatea de antigen injectat ce variază dela caz la caz şi cu durata tratamentului vaccinal, ce n'a depăşit la bolnavii noştri 1—1½ lună. Singurul indiciu valabil de suspendarea tratamentului fiind dispariţia supuraţiei. In majoritatea cazurilor, cum dealtminteri noi am amintit mai sus pentru fiecare infecţiune ce formează obiectul studiului de faţă, intervenţiile întinse chirurgicale au fost uneori evitate, răcirea colecţiunei putând fi obţinută combinând lyso-vaccinoterapia cu simple puncţii evacuatorii.

Micele intervenţii făcute în scopul evacuărei unei colecţiuni într'un număr de cazuri, au fost mai bine suportate de pacienţi deja imunizaţi, decât dacă aceste intervenţii ar fi fost practicate în perioada fenomenelor acute. In colecţiunile evacuate prin vomică, Duchon, crede că lyso-vaccinoterapia este susceptibilă de a modifica gravitatea acestor accidente.

Concluzia logică ce se desprinde din aceste fapte este că prin aceste lysate-vaccinuri se poate amâna actul chirurgical, până în momentul când rezistenţa organismului a fost augmentată, dispărând vechea nesiguranţă a practicărei intervenţiei în perioada acută a infecţiei, când organismul nu este apt a suporta şi şocul operator.

Chiar în cazurile în care s'a început prin actul chirurgical, lysatele Duchon, au condus la dispariţia prematură a fenomenelor generale şi locale obţinându-se vindecări într'un timp mai scurt, decât în cazurile similare tratate numai chirurgical.

Concluzii.

a) Lysatele-vaccinuri experimentate de Duchon par capabile a conduce la resorbţia spontană a abceselor sau a adenoflegmoanelor datorite strepto, stafilococilor sau unei flori mixte, în stare de

inflamaţie sau chiar cu colecţiuni deja formate, fără de a recurge la o prealabilă intervenţie chirurgicală;

b) Acolo unde lyso-vaccinoterapia s'a instituit în urma practicărei intervenţiei chirurgicale, efectele ei s'au tradus prin diminuarea inflamaţiei perifocale, jugulând extensiunea infecţiei, prin răcirea focarului de supuraţie, precipitând astfel vindecarea;

c) Opinia noastră vede în instituirea prealabilă a vaccinoterapiei cu lysate Duchon, mărirea şanselor de reuşită a intervenţiilor practicate în infecţiile amintite mai sus prin augmentarea rezistenţei organismului;

d) Fenomenele clinice urmărite la o bună parte din cazuri ce au beneficiat de această terapie, s'au tradus mai întotdeauna prin dispariţia simptomului durere, printr'o curbă termică caracteristică, conducând de timpuriu la apirexie, prin îmbunătăţirea stărei generale, cu regresiunea fenomenelor locale, atât în faza de cruditate, cât şi în faza de colecţiuni mai mult sau mai puţin difuze;

e) Prin desvoltarea unei imunităţi progresive, această nouă metodă vaccinală pare a avea o reală acţiune specifică asupra infecţiunilor pyogene amintite mai sus, acţiune ce se dezvoltă la adăpostul fenomenelor de şock, determinate de alte vaccinuri, reacţiunea locală, rezumându-se la o mică zonă eritematoasă uşor sensibilă la palpaţie;

f) Noi credem că vaccinoterapia Duchon merită de a fi utilizată ca auxiliar de către terapeutica modernă chirurgicală, părând capabilă să provoace precoce şi relativ frequent, apariţia unei apărări a organismului, prin declanşarea fenomenelor naturale de imunizare.

Bibliografia.

Besredka, Brocq-Urbain, etc. Imunitatea locală Soc. de Biologie 19 Maiu şi 23 Iunie 1923.

Boidin et Thiery. Tratamentul erizipelului nouilor născuţi cu vaccinul Delbet. Soc. Med. des Hopitaux 11 Februarie 192 .

Delbet-Beauvy-Girode. Injecţiuni terapeutice de culturi vechi microbiene.

Bull. de L'acad. de med. 1914. Vaccinuri Delbet, comunicare de Soc. de chirurgie. Paris 2 Martie 1921.

Duchon Louis. Broncho pneumoniile infantile şi tratamentul lor prin lysate-vaccinuri — Paris 1926 — Editions de la Revue de Pathologie comparée et d'Higène gènèrale.

2. Lysovaccinoterapia broncho-pneumoniilor. Preciziuni asupra rolului baccilului difteriei. Presse médicale 13 II. 1929.

3. Broncho-pneumonii—Bacteriologie—Supra infecţiuni—Tratamentul lor cu lysate-vaccinuri, polimicrobiene şi seroterapie anti-difterică—Le journal médical français 1928.

4. Broncho pneumonii—Comunicare făcută la al 5-lea congres de pediatrie ţinut la Lausanne la 29, 30 Sept. şi 1 Oct. 1927.

5. Neutralizarea toxinelor difterice puternic toxice prin bacilul pyocianic. Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie 1928 — 28 Iulie.

6. Influenţa vaccinoterapiei asupra revărsatelor pleurale purulente cu pyogeni. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Hopitaux de Paris 1929.

7. Câteva cazuri de reumatism blenoragic tratate cu lysate-vaccinuri. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris — 25 I. 1929,

8. Incercări de tratament în manifestările articulare ale blenoragiei prin lysat-vaccin cu gonococi. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris 1927.

9. Incercări de tratament în stafilocociile cutanate cu lysate-vaccinuri. Bull. et. Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 1929.

10. Influenţa lysatelor microbiene cu vaccinoterapie. Bull. de l'academie de medicine 1930.

Emerich et Loew. Proprietăţi bacteriolitice ale pyocianasei, Deutsch. mediz Woch. 1906.

Escherich. Pyocianasa întrebuinţată ca desinfectant al faringelui diftericilor şi în meningite cerebro-spinale. Soc. Imp. Roy. de med. de Vienne 1906.

Freudenreich. Acţiunea culturilor filtrate de bacili pyocianici. Annales de micrographie 1889.

Fortineau et Favreul. Tratamentul infecţiunilor acute cu microbi prin pyocianasă. Soc. de Biologie 192 .

Isabolinski. Puterea bactericidă a pyocianasei Zentralb. Für Backt 1913.

Jehle-Pyocianase et micrococus catarhalis Wien. Klin. Woch. 1907.

Krauss-Pyocianasa şi bacilul Eberth. Soc. Imp. Roy. de med. de Vienne 1894.

Muhsam. Pyocianasa şi diastaza bacteriolitică. Deutsche mediz. Woch. 1908.

Pidwyssotzki et Adamoff. Acţiunea pyocianasei asupra microbilor, Zentral bl. Für Backter. 1909.

Raubitschek et Kuss. Proprietăţi bactericide ale pyocianasei. Central Bl. Für Backter. 1908

Saar. Pyocianasa în angine cu streptococi, stafilococi şi cu b. Difterici. Deutsche mediz. Woch. 1908.

Wright. E. A. Producerea de substanţe bactericide nespecifice cu ajutorul vaccinului. C. R. de Sciences 19 8 Oct. 21.

Wright A. E. Introducerea de vaccinoterapie, doze administrate, Lancet Londra 1910.

Tehnica anchetelor medico-sociale.

Metoda de lucru practicată la executarea anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu, a fost concepută ţinându-se seamă de următoarele deziderate:

1. Să se examineze din punct de vedere igienic şi social toate gospodăriile şi toate locuinţele familiilor dintr'o anumită comună, recoltându-se date privitoare şi la starea materială a acestor familii;

2. Să se examineze din punct de vedere medical fiecare individ în parte, completându-se această examinare cu toate cercetările speciale necesare, îndeosebi în cazurile suspecte de vreo maladie medico-socială;

3. Toate constatările medicilor anchetatori să fie consemnate în câte o fişă sanitară individuală, care fişă să fie apoi întregită şi cu rezultatele examinărilor speciale şi analizelor de laborator;

4. Toţi cei găsiţi bolnavi, de orice boală, cu ocaziunea acestor anchete să primească tratament medical imediat şi

5. Toate examinările precum şi ajutorul medical (medicamente, etc.) să se facă în mod gratuit, neimpunându-se la nici un fel de taxe sau onorariu nici populaţia examinată şi nici autoritatea comunală.

Ţinând seamă de aceste consideraţiuni, se impunea mai întâiu să ne asigurăm *aparatul necesar* pentru a putea face faţă unor examinări în masă. In acest scop, făcând apel pe deoparte la serviciul sanitar judeţean, dimpreună cu toţi medicii săi şi întregul său personal sanitar auxiliar, ne asigurăm concursul unor colaboratori obişnuiţi a lucra în mediul rural, iar pe de altă parte făcând apel la medicii specialişti oficiali şi neoficiali din Sibiu, precum şi la medicii de laborator şi la farmacişti, am căutat să ne asigurăm concursul unui număr cât mai mare de medici, farmacişti şi personal sanitar auxiliar, pentru a putea dispune în orice moment, de o echipă completă în stare de a face faţă unor asemeni examinări.

Din colaborarea sinceră şi benevolă a serviciului sanitar judeţean şi a Colegiului Medicilor din Sibiu, s'au putut realiza *întotdeauna* echipele necesare pentru anchetele noastre medico-sociale.

In compunerea acestor echipe am ţinut seama în afară de împrejurările locale şi de necesitatea de a dispune de un număr suficient de medici cari să cerceteze la faţa locului fiecare gospodărie în parte, precum şi de necesitatea de a dispune de câte un medic specialist pentru fiecare specialitate, având la dispoziţie şi utilajul necesar examinărilor de specialitate. In afară de aceasta, echipa era completată prin câte un farmacist şi personalul sanitar auxiliar strict necesar, în primul rând surori de ocrotire.

O asemenea echipă se compunea deci, în medie, din câte 1—2 medici internişti; 1 medic de neuro-psihiatrie; 1—2 medici ginecologi; 1 medic dermato-venerolog; 1 medic pentru otorinolaringologie,

O scenă dela ancheta medico-socială din Orlat.

1 medic dentist; 1—2 medici igienişti; 1 medic oculist şi după posibilitate un medic chirurg. Această echipă de specialişti se completa cu un farmacist şi câte 10—15 medici fără specialitate, medici de circumscripţie rurală sau medici practicieni din oraş, precum şi 4—5 surori de ocrotire, 1 moaşe şi un laborant.

O echipă de anchetă se compunea deci în medie din 25—30 persoane şi se deplasa cu auto-camioane în dimineaţa câte unei zile de sărbătoare sau Dumineca în [illegible]ume destinată şi mai înainte pregătită pentru anchetă. Echipa de anchetă în afară de instrumentarul şi utilajul necesar examinărilor şi cercetărilor de laborator, dispunea şi de o mică farmacie împachetată în câteva lăzi anume amenajate şi care conţineau toate medicamentele uzuale pentru boli curente.

De mare importanță era pregătirea terenului și amenajarea localurilor pentru examinare. In acest scop medicul primar de județ sau medicul circumscripției, căreia îi aparținea comuna fixată pentru examinare, se deplasa în comună cu 7—10 zile înainte de data fixată pentru anchetă. Cu această ocaziune medicul însărcinat cu pregătirea mai întâi lua contact cu Primăria comunală și cu intelectualii din comună, arătându-le scopul anchetei medico-sociale precum și mijloacele și modalitățile de realizare. In această conferință mai restrânsă se stabilea rolul fiecăruia dintre conducătorii comunei și se destinau camerele necesare pentru a fi transformate în cabinete de consultații medicale pentru ziua de anchetă. Primăria comunală primea cu această ocaziune și stocul necesar de fișe sanitare, cari erau apoi completate de către notarul comunei sau de către alți intelectuali din comună, cu datele personale ale fiecărui locuitor. (Numărul căsii, numele, numerele camerelor de locuit, numărul membrilor de familie și starea materială).

Pentru cabinete de consultație se amenajau cu strictul necesar 4—5 camere, de obiceiu în Școală sau Primărie și se fixa câte o cameră pentru biroul de conducere și triaj al anchetei și o cameră pentru farmacie. Tot cu această ocaziune medicul destinat cu pregătirea, făcea și preparativele necesare pentru dejunul echipei de medici.

După ce aceste preparative erau puse la punct și după ce rolul fiecărui membru al Primăriei sau intelectuali din comună era bine fixat, medicul însărcinat cu pregătirea anchetei ținea o conferință publică în fața populațiunii din comună. Aceste conferințe se țineau de obiceiu în cadrele și cu colaborarea Cercurilor culturale ale „Astrei", care în județul Sibiu dispune de asemenea cercuri în fiecare comună. Prin această conferință publică, medicul insista îndeosebi asupra importanței sănătății și arătând mijloacele prin cari se pot preveni diferitele boale, stăruia asupra necesității, ca barem din când în când, fiecare individ fie că este sănătos sau bolnav să fie supus unui serios examen medical. Se arăta cu acest prilej populației importanța unei anchete sanitare, se arăta că se intenționează în comună o asemenea anchetă, când vor fi examinați de către medici în mod gratuit toți locuitorii din comună și se vor împărtăși cu medicamente gratuite, toți cei cari vor fi găsiți bolnavi. Se cerea din partea populației un singur lucru și anume, ca să se supună toți fără deosebire acestor examinări medicale și să se prezinte la vizită în mod benevol și cu toată încrederea.

Aceste conferinţe în toate comunele vizitate până în prezent, au fost foarte bine primite de către populaţie, iar rezultatul a fost, că în ziua de anchetă populaţia s'a prezentat în număr aproape complet la examinările medicale.

In ziua fixată pentru anchetă echipa de medici prezentându se în comună era aşteptată la Primăria comunală sau în Şcoală de către comitetul local şi de către un număr suficient de fruntaşi, destinaţi de a conduce prin comună pe medicii vizitatori. Indată după sosirea în comună, echipa se împărţea în 2 părţi şi anume partea compusă din medicii specialişti, îşi ocupa fiecare dimpreună cu personalul ajutător, camerele destinate pentru consultaţiile medicale de specialitate, iar medicii din cealaltă jumătate de echipă primea fiecare câte un stoc de fişe sanitare individuale cuprinzând pe membrii alor 20—30 familii pe cari urmau să le viziteze la domiciliul lor. Comuna astfel, era împărţită în 10—20 de sectoare, fiecare sector cuprinzând 20—30 de gospodării sau familii. Medicul în posesiunea fişelor sanitare dintr'un asemenea sector, condus de către un fruntaş din comună, de obiceiu un consilier comunal, se deplasa în fiecare casă, unde după ce consemna starea igienică a locuinţei, examina din punct de vedere medical pe fiecare membru al familiei în parte, întregindu-i cu datele necesare fişa sanitară individuală. Acolo unde medicul anchetator constata vreo boală intercurentă de mai mică importanţă, prescria pe loc tratamentul necesar şi locuitorul se prezenta la farmacia echipei de unde îşi primea medicamentele prescrise. In cazul când medicul anchetator găsea, că este nevoe de o examinare de laborator, trimitea pe bolnavul respectiv dimpreună cu fişa sa individuală la echipa medicilor specialişti din Şcoală sau Primărie, unde prin biroul de triaj era îndrumat la medicul specialist pentru examinare. Medicul specialist după examinare, completa fişa sanitară individuală cu constatările sale şi prescria bolnavului tratamentul cuvenit. In cazurile când acelaş bolnav necesita examenul mai multor specialişti, tot prin biroul de triaj, era îndrumat la fiecare din ei şi constatările fiecăruia se consemnau în fişa sanitară individuală.

După acest procedeu, fiecare gospodărie, fiecare locuinţă şi fiecare familie din comună era cercetată la faţa locului de către un medic anchetator şi fiecare locuitor era examinat în parte din punct de vedere medical, completându-i-se cu toate datele fişa sanitară individuală. Toţi cei găsiţi suspecţi de vreo boală mai serioasă, erau îndrumaţi la medicii specialişti, unde se făcea reexaminarea şi se completa fişa cu constatările de specialitate. Toţi cei găsiţi bolnavi, primeau dela farmacia echipei medicamentele prescrise în mod gratuit.

Astfel lucrarea echipei de anchetă era cât se poate de completă, pe de o parte câştigându-se datele privitoare la starea igienică a tuturor locuinţelor şi asupra stării de sănătate a tuturor locuitorilor, iar pe de altă parte constatându-se şi consemnându-se toate cazurile de boală după specialităţi şi intervenindu-se imediat prin ajutor efectiv eliberându-se şi medicamentele necesare. Lucrarea echipei de anchetă dura ziua întreagă şi după o oareşcare perfecţionare a metodei de lucruri practicate, am reuşit ca o echipă compusă în medie din 25 persoane să poată examina în decursul unei dumineci, populaţia unei întregi comune până la cifra de 1200—1300 locuitori.

După terminarea lucrărilor echipei de anchetă, se colecţiona întreg materialul recoltat care apoi era dat în primirea medicului de circumscripţie. Medicul de circumscripţie aranja acest material regrupându-l după familii şi gospodării şi întregind ulterior fişele sanitare şi cu toate rezultatele de laborator. Tot medicul de circumscripţie completa fişele sanitare individuale şi cu rezultatele reacţiilor biologice (reacţii Pirqet) făcute în decursul anchetei sau după anchetă, întregei populaţiuni şcolare. Fişele sanitare individuale astfel completate cu toate datele examinărilor făcute, formau apoi obiectul de studiu al medicului de circumscripţie şi al medicului primar judeţean, cari prelucrau din punct de vedere ştiinţific întregul material după un „chestionar" de mai înainte întocmit. Totodată se făceau tablouri aparte de toate bolile medico-sociale, luându-se în acelaşi timp şi toate măsurile necesare de tratament şi combatere.

Contribuţia de muncă a medicilor şi personalului sanitar auxiliar a fost şi este benevolă şi complet gratuită, medicii şi personalul sanitar auxiliar neprimind nici un fel de retribuţie pentru munca prestată. Cheltuelile de transport ale echipei, masa echipei precum şi cheltuelile de materiale îndeosebi costul medicamentelor procurate din comerţ, — au fost suportate de către Fondul Sanitar judeţean, în al cărui buget sunt prevăzute sume anume destinate în acest scop de către Prefectura judeţului. Ţinem să notăm însă, că aceste cheltueli au fost şi sunt minimale faţă de importanţa şi faţă de dimensiunile lucrării executate. Astfel ancheta sanitară a unei comune cu 1000—1300 locuitori executată cu participarea unei echipe de 25 persoane, costă în medie cca suma de Lei 7—9000 din care sumă 3/4 reprezintă costul medicamentelor distribuite.

La prima vedere, tehnica întrebuinţată la executarea anchetelor noastre medico-sociale, va apare multora dificilă şi poate imposibil de a fi practicată şi în altă parte. Este fără îndoială, că nu este o

operă uşor de realizat şi de bună seamă că metoda de lucru practicată în judeţul Sibiu nu va putea fi practicată în judeţe cu un număr redus de medici. Socotim însă, că în judeţele cu oraşe mai mari şi cu un număr important de medici, printr'o strânsă colaborare între Colegiile Medicale şi Serviciile sanitare de judeţe, se pot înjgheba asemenea anchete medico-sociale întrebuinţând chiar tehnica şi metoda de lucru practicată în judeţul Sibiu, ea având avantajul de a fi o cercetare completă întrunind condiţiile unei *anchete de studiu dar şi de ajutor efectiv pentru populaţie.* In judeţele mai mici şi cu un număr redus de medici, anchetele medico-sociale se pot executa limitându-se numai la cercetările şi examinările la domiciliul locuitorilor şi eliminând partea de cercetări executată de către medici specialişti. Socotim că şi în acest caz materialul recoltat poate avea o mare valoare documentară şi statistică, câştigându-se date preţioase asupra standardului de sănătate al populaţiei.

Dr. I. Stoichiţia.

Eupaco Merck

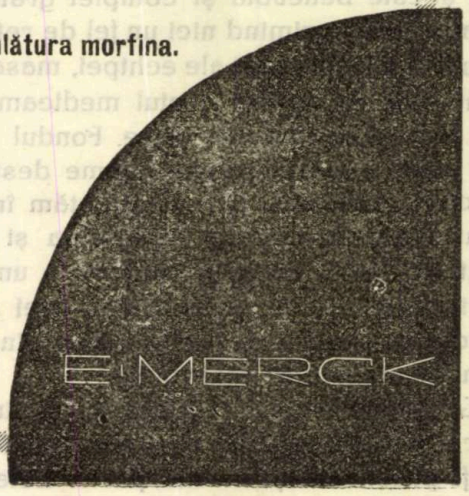
Spasmoliticul sigur

la toate spasmele al musculaturei netede.

Calmant repede,
prin aceasta e posibil a înlătura morfina.

Prezentări şi ambalaje:
Tablete Eupaco
tub à 10 buc.
Supozitorii Empaco
cutie à 5 buc.
Supozitorii Empaco pro infantibus cut. à 5 buc.
Ampulle Eupaverin-Atropin cutie à 3 buc.

E. MERCK DARMSTADT
Reprezentat în România: Biroul Ştiinţific, Bucureşti III., Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului).



Mişcarea populaţiei în judeţul Sibiu în luna Mai 1934.

Numărul populaţiei la 1 Maiu 1934 este de 150.482 suflete şi anume:

Români	111.498 =	74.1%
Saşi	36.723 =	24.4%
Alţii	2.261 =	1.5%

Natalitatea.

S'au născut 287 copii şi anume: 220 Români, 60 Saşi şi 7 de alte naţionalităţi.

Natalitatea generală = 22.8‰

Natalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români	23.6‰
„ Saşi	19.6‰

Naşterile după sex dau 142 băieţi la 145 fete, adecă la 100 băieţi, 102 fete.

După starea civilă avem 265 naşteri legitime şi 22 naşteri nelegitime, procentul naşterilor nelegitime este deci de 7.6%. Acest procent este de 8.1% la Români şi 3.3% la Saşi.

Mortalitatea.

Numărul decedaţilor a fost de 188 şi anume: 142 Români, 45 Saşi şi 1 de altă naţionalitate.

Mortalitatea generală = 14.9‰

Mortalitatea pe naţionalităţi ne dă:

la Români	15.2‰
„ Saşi	14.7‰

Numărul cel mai mare de decese îl dau adulţii dela 60 ani în sus (36%) şi copii sub 1 an (20%).

Mortalitatea infantilă.

Numărul deceselor sub 1 an au fost de 38, dintre cari 28 Români, 9 Saşi şi 1 de altă naţionalitate.

Mortalitatea infantilă = 132.4‰.

Mortalitatea infantilă după naţionalităţi dă următoarele cifre:

la Români . . . . . 127.2‰
„ la Saşi . . . . . 150.0‰

Mortinatalitatea.

S'au înregistrat 5 născuţi morţi, 4 la Români şi 1 la Saşi.

Raportând aceasta cifră la 100 născuţi vii, obţinem cifra mortinatalităţii de 1,7%, după naţionalităţi avem:

la Români 1.8%
„ la Saşi 1.6%

Dr. I. Cosma,
medic primar judeţean Sibiu.

Rezoluţii şi propuneri

luate la Congresul internaţional al Consiliului internaţional al surorilor de ocrotire ţinut la Paris şi Bruxelles în anul 1933.

Inspecţia nursingului de către Minister.

1. Consiliul internaţional al surorilor aprobă propunerea ca examenul de capacitate de stat să fie obligatoriu, insistând să se facă toate sforţările pentru a educa corpul medical, surorile şi guvernul despre necesitatea acestuia, pentru a face progrese definitive, în direcţia aceasta. In ţările unde există deja aceste examene toate surorile cari deţin posturi trebue să fie recunoscute de Stat (registered).

2. Un departament al surorilor este o parte valoroasă a Ministerului Sănătăţii şi Consiliul internaţional roagă ca astfel de departamente să fie stabilite în fiecare ţară.

Inspecţia de către Stat a Şcolilor pentru surori de ocrotire şi caritate.

Consiliul internaţional aprobă principiul inspecţiilor făcute de Stat în şcolile de surori, dar aceste inspecţii nu pot fi bine făcute decât de surori diplomate (registered) şi aceste inspecţii să includă şi locuinţa, orele de muncă şi condiţiile de muncă ale elevelor şi ale surorilor cari lucrează în spitale sau ocrotire.

Această propunere s'a admis deoarece în ţările unde Consiliul a obţinut aceste inspecţii a contribuit la îmbunătăţirea îngrijirei bolnavilor şi la întărirea sănătăţii.

Aspectul legal al eticheteî profesionale.

1. Să se fixeze reguli, cari să fie multiplicate în chestiunea responsabilităţii sorei faţă de doctor.

2. Un curs special să fie ţinut despre eticheta profesională nu numai la începerea şcolii ci şi mai târziu, înainte de ce sora îşi ia deplina responsabilitate părăsind şcoala.

3. Să fie publicate manuale în domeniul acesta.

4. Nu numai legile dar şi o jurisprudenţă specială să fixeze responsabilitatea legală a sorei.

Produs şi cereri.

1. Comitetul consiliului să pună în vedere Asociaţiilor membre situaţia neplăcută ce există în diferite ţări prin faptul că obţin diploma mai multe surori decât este necesar în ţara respectivă.

2. Consiliul internaţional să facă un studiu comparativ despre produsul şi cererile de surori, bazat pe examinări cercetând înţelesul dat definiţiei surori diplomate precum şi îndatoririle ei în diferite ţări.

Agenţii de plasare.

Consiliul internaţional e de părere, că toate birourile de plasare trebue să fie în mâinele surorilor şi nu comercializate de alte birouri.

Interesul publicului în activitatea surorilor.

1. Consiliul internaţional recomandă, ca publicitatea prin presă să fie întărită în diferite ţări deoarece recunoaşte importanţa popularităţii făcute în domeniul nursingului prin presă.

2. Ca toate asociaţiile membre, să intensifice propaganda prin presă pentru a convinge opinia publică şi medicii de beneficiile ce rezultă angajând numai surori deplin calificate, atât în cazuri de boală gravă, cât şi în domeniul sănătăţii publice.

Test de aptitudine în legătură cu admiterea şi standardul şcolilor.

Suntem abia la început în acest domeniu, rezultatele obţinute par a fi valoroase în selecţionarea elevelor. Se propune ca să se facă de către sediul consiliului un studiu şi să se publice în revista internaţională pentruca toate ţările să poată beneficia, încurajând noui experienţe pentru a cunoaşte valoarea reală în acest criteriu nou de a alege elevele.

Activitatea surorilor în şcolile primare şi secundare.

Să caute să se întărească prin toate mijloacele legătura între învăţător şi soră pentru ca să se recunoască aptitudinele sorei de ocrotire în a propune igiena întărind interesul elevilor în şcolile primare pentru sănătatea lor şi a altora, şi dacă e posibil şi în şcolile secundare.

Asociaţiile de asigurare.

Consiliul internaţional să ceară biroului internaţional al muncei dela Liga Naţiunilor să publice un raport complet despre traiul şi munca depusă de surorile angajate de către Asociaţiile de asigurare.

Ingrijirea bolnavilor particulari.

Comitetul cu această specialitate să studieze chestiunea îngrijirei cu ora şi să asiste diferitele ţări pentru a elabora un proiect care să fie potrivit condiţiilor de trai din ţara respectivă.

Igiena mentală.

Consiliul internaţional să intervie, ca în toate şcolile de surori comitetul de educaţie să încorporeze în programul de studiu principiile prezentate de către comitetul igienei mentale şi anume:

Recomandaţii.

a) In spitale generale toate să înglobeze în cursul de bază instrucţii şi principii de igienă şi Nursing mental;

b) Instrucţia în igiena mentală să fie întreţesută şi în instrucţia dată în principii şi practica îngrijirei în biologie şi ştiinţe sociale;

c) Propunând îngrijirea pacientului individul să fie considerat şi mai ales condiţia socială mentală şi fizică în raport cu boala lor;

d) Pentru a promova instrucţia profesorul şi surorile şefe să fie încurajate să elucideze acest punct de vedere;

e) In moment ce spitalele mentale acceptă responsabilitatea de a da educaţie conform unui program bine fixat, spitalele să formeze afilieri pentru ca elevele să poată face experienţă în îngrijirea bolnavilor mentali.

II. Spital mental.

a) Toate posturile executive să fie date surorilor calificate cu specialitatea bolnavilor mentali având aptitudini speciale pentru a propune;

b) Ca toate şcolile din spitale mentale să fie controlate după acelaş criteriu ca spitale mixte;

c) Ca funcţiunile diferitelor persoane ajutătoare să fie fixate şi deosebite de atribuţiunile surorilor diplomate sau a elevelor surori;

d) Nu se poate obliga afiliere cu spitale generale până ce spitalele mentale nu vor asigura instrucţia şi întreţinerea în condiţii bune;

e) Unde se poate asigura instrucţie şi întreţinere să se organizeze cursuri de perfecţionare pentru surori;

f) Că surorile din spitalul general, când lucrează în spitale mentale să fie numite surori şi nu surori mentale.

Condiţiunile de admitere ale Institutului Surorilor de Ocrotire din Cluj.

Durata cursului este de 3 (trei) ani. Fiecare an şcolar începe la 1 Septembrie.

Pentru admiterea în Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj — Calea Moţilor Nr. 27 — candidatele vor înainta cereri scrise cu mâna proprie, prevăzute cu timbrul legal. Cererile se înaintează cel mult până la 20 August. Odată cu cererea de înscriere, candidatele trebue să depună următoarele acte:

a) Actul de naştere, prin care să dovedească vârsta admisibilă de 18—30 ani;

b) Certificat şcolar prin care să dovedească absolvirea a cel puţin patru clase secundare sau normale, se preferă absolvente ale liceului „curs superior";

c) Certificat de cetăţenie;

d) Certificat de moralitate, eliberat de preotul parohiei unde e domiciliată candidata;

e) Certificat medical, eliberat de un medic al statului;

f) Consimţământul scris al părinţilor, sau al tutorilor legali. Sunt dispensate candidatele majore;

Candidatele vor face examen de admitere din materiile clasei a IV, secundare şi anume:

1. Limba română; 2. Istorie-Geografie; 3. Fizica-Chimie.

Candidatele declarate admise ca eleve ale Institutului, vor trebui să mai răspundă următoarelor obligaţiuni:

Vor depune taxele de instalare, de confecţionare a halatelor, uniformelor, bibliotecă etc.

Anul I. 1000 Lei taxa anuală de înscriere
1500 „ 4 halate şi bonete uniforme
900 „ confecţionarea a 2 uniforme de purtat
Anul II. 450 „ 1 uniformă de purtat
Anul III 800 „ 1 uniformă absolventelor.

Taxa de întreţinere pentru solvente 1000 Lei lunar.

Taxa de întreţinere pentru semi-solvente 500 Lei lunar.

Cărţile şi rechizitele şcolare de asemenea privesc pe eleve.

Candidatele vor aduce obiectele indicate de către Direcţia Institutului şi anume:

Rufăria de corp pentru a schimba de 2 ori pe săptămână.
1 capod de casă din flanelă
1 pereche pantofi de casă
2 cearşafuri pentru bae
6 prosoape
2 ştergare noui pentru vase
1 umbrelă
2 perechi ghete bune englezeşti cu tocuri late (de culoare brună)
1 pereche galoşi şi şoşoni
6 perechi ciorapi de culoare brună (nu de mătase)
1 stilo (toc de cerneală)
Obiecte de toiletă (săpun, perii, 2 pahare etc).
1 sweter bleu-marin închis de culoare.
Paltonul de iarnă, pardesiul şi basca să fie de culoare bleu-marin închis
Aşternut şi rufăria de pat primesc din partea Institutului.

Eleva va semna o convenţie prin care se obligă a servi ca soră de ocrotire timp de 5 ani la stat, judeţ sau comună, în localitatea ce i se va fixa de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, dacă a fost bursieră şi 3 ani dacă a fost solventă. In caz contrar, absolventa va fi obligată să restitue statului toate cheltuelile făcute cu întreţinerea ei, pe timpul cât a stat în Institut.

Elevele pot să se retragă în primele 3 luni; dacă în restul timpului din ori care motiv eleva se retrage ea va restitui statului, întreţinerea pe timpul cât a stat în Institut.

Elevele sunt obligate să locuiască în Căminul Institutului, unde primesc întreţinerea şi sunt obligate să se supună Regulamentului. Ele trebue să poarte uniforma atât în timpul cursului, cât şi după terminarea lui şi obţinerea diplomei de soră de ocrotire.

Surorile de ocrotire, devin funcţionare de stat şi fac parte din corpul personalului tehnic sanitar şi de ocrotire auxiliar. In această calitate ele beneficiază de toate drepturile şi sunt supuse tuturor obligaţiunilor şi sancţiunilor prevăzute în Legea Sanitară precum şi în Statutul Funcţionarilor Publici.

*

Institutul surorilor de ocrotire din Iaşi.

Informaţiuni pentru candidate.

Condiţiuni de admitere.

Pentru înscrierea în I. S. O. din Iaşi (Str. G. Duca 28) se va înainta direcţiunei şcoalei până la 1 Sept. a. c. o cerere scrisă, timbrată legal însoţită de următoarele acte:

1. Actul de naştere, prin care să dovedească vârsta admisibilă, minimă de 18 ani şi maximă de 35 ani.

2. Certificat de cetăţenie română.

3. Certificat şcolar (se preferă candidatele cu liceul şi şcoala normală,) cu minim 4 clase secundare în cazul când candidata are cultură generală corespunzătoare şi se bucură de o reputaţie deosebită.

4. Certificat de sănătate eliberat de un medic al Statului.

5. Certificat de moralitate eliberat de preot

6. Consimţământul părinţilor dacă candidata este minoră.

7. Autobiografia pe scurt, scrisă de mâna candidatei.

Candidatelor admise li se vor comunica individual, data ţinerei examenului de intrare Acest examen constă din următoarele materii:

Limba Română, Istoria şi Geografia României, Fizica şi Chimia.

Vor fi scutite de examen bacalaureatele şi absolventele şcoalelor normale. Nici aceste nu pot fi admise înainte de a fi avut o întrevedere cu directoarea şcoalei.

Toate candidatele vor fi supuse prealabil, la un examen medical.

Durata studiilor.

Studiile durează 3 ani. — 2 ani stagiu de practică în spitale, dispensare, laboratoare şi cursuri teoretice ţinute de către membrii corpului didactic dela facultatea de medicină. Anul III fac anchete sociale, şcolare şi demonstraţii practice.

Primele 3 luni constitue o perioadă de probă. Admiterea definitivă în şcoală nu este ratificată decât după a 3-a lună. Şi după această dată eleva poate fi înlăturată din şcoală, dacă se constată că are un caracter ori conduită incompatibilă cu profesiunea de soră.

Burse.

Ministerul Sănătăţii acordă burse elevelor celor mai bune. Bursa constă din toată întreţinerea în institut.

Elevele solvente plătesc 5.000 Lei anual,

Taxe.

Atât elevele bursiere, cât şi cele solvente plătesc o taxă de 1500 Lei anual, plătibil în 3 rate. Prima rată se depune la intrarea în şcoală.

Uniformă şi zestre.

Uniforma este obligatoare după primele 3 luni, constă din:

Trei rochii de pânză albastră, trei halate, 6 şorţuri albe, 4 bonete, 2 saci de rufe, 2 metri pânză albă, o bască, o jachetă scurtă, o jachetă pentru infirmerie, o casetă. Aceste lucruri se vor confecţiona după modelul şi din materialul ales de şcoală. Costă 2500—3000 Lei.

Elevele vor aduce cu sine numai lengeria de corp necesară, — lengeria de pat şi aşternutul vor primi dela şcoală.

Revista cărţilor.

Elemente de toxicologie medicală de *Agr. Dr. I. Orient*, dela Facultatea de Medicină, Cluj.

Începând cu „noţiuni de toxicologie şi posibilităţi de eliminare ale toxicelor din organism", trece la „tabloul diagnosticului diferenţial al intoxicaţiilor", în urmă expune „Tratamentul simptomatic al intoxicaţiilor", notând „dozele toxice" şi „antidoţii". Atrage atenţia asupra întrebuinţărei dozelor masive de stricnină în intoxicaţiile cu luminal şi iodul în spălături stomacale la intoxicaţii cu fosfor.

Important este şi capitolul referitor la intoxicaţiile alimentare-gospodăreşti, ciuperci sau animale.

Termină printr'o statistică a celor mai frecvente intoxicaţii: soda caustică 33%, intoxicaţiile alimentare 20%, alcoolul 15%, sublimatul corosiv 4%, *Aspirina* 3%.

Autorul are meritul de a fi scris primul studiu în acest domeniu, în limba română, cu un material bogat, interesant şi cu numeroase aplicaţii practice. **s. r.**

Revista revistelor.

Laignel-Lavastine, Ivan Bertrand şi Amour F. Liber. **Creerul unei centenare, studiu anatomo-clinic.** (Annales Médico-Psychologiques. T. I. No. 3, 1934).

O femee în vârstă de 101 ani este internată pentru bronşită cu insuficienţă cardiacă şi moare după aproximativ două luni, de bronco-pneumonie acută.

Tensiunea a fost totdeauna scăzută 11/8 (Vaquez). Toate arterele palpabile, sunt suple şi puţin sinuoase.

Nu s'a semnalat nici o turburare neurologică: motilitatea, reflexele, tonusul, limbajul, mimica, văzul, auzul sunt conservate.

Din punct de vedere psihologic, este vorba de o femee aproape analfabetă, dar cu un nivel mintal vădit normal.

La *autopsie* se constată o *scleroză perivisceralã* densă, adezivă şi retractilă, generalizată la toate organele toracice şi abdominale. In schimb, *arborele arterial* este de o *supleţă* surprinzătoare, dela aortă şi până la cele mai mici ramuri; artera splenică însăşi fiind indemnă de artero-scleroză.

Centrii nervoşi nu prezintă, microscopic, nimic patologic. Greutatea encefalului proaspăt, cu pia mater, este de 1090 grame. Nu există o atrofie apreciabilă. Studiul histologic arată o arhitectonie corticală normală la toate nivelurile studiate (polul frontal, circonvoluţiunile rolandice, prima temporală, cornul lui Ammon). Densitatea celulară în diversele straturi nu este diminuată. Aproape toate celulele scoarţei conţin o cantitate variabilă de grăsimi neutre, sub formă de mici picături fine, grupate în vecinătatea nucleului. Grăsimile ocupă în medie 1/5 până la 1/3 din celulă. Reţeaua neurofibrilară şi prelungirile nu sunt întrerupte. Nu s'a const tat nicăeri leziunea neurofibrilară a lui Alzheimer. *Plăcile senile* sunt numeroase în cornul lui Ammon, lipsind însă aproape cu totul în neopallium. Mielina scoarţei, a substanţei albe, cerebrale, a regiunei nucleilor cenuşii, a bulbului şi a creerului mic, este bine conservată. Ţesutul mezodermic este puţin alterat. Pereţii vasculari nu sunt nici îngroşaţi, nici scleroşi. In jurul vaselor centrului oval şi a regiunei nucleilor cenuşii, în deosebi în putamen, sunt zone de rarefacţie constituind lacune microscopice. Nu se întâlneşte nicăeri resturi de ramolisment sau de hemoragie.

Alteraţiile constatate la autopsie aparţin deci categoriei senile, iar nu celei dementiale.

Procesul necrobiotic cortical, atât cât se manifestă prin plăci senile, se cantonează aproape excluziv la cornul lui Ammon. Alteraţiile celulelor ganglionare se reduc la o infiltraţie lipidică. *Nu există întrerupere neurofibrilară,* punct capital care deosebeşte senilitatea de demenţă. In sfârşit, nu există artero-

scleroză, o condiţie esenţială, a longevităţii şi a bunei conservări cerebrale.

Prin urmare leziunele produse de vârsta chiar foarte înaintată nu sunt cu necesitate demenţiale.

Prin aceste preţioase date anatomo-clinice, autorii dau o bază biologică distincţiunei psihologice care trebue stabilită între slăbirea mintală de involuţie senilă, fenomen fiziologic căruia nici un bătrân nu-i scapă dacă trece de o anumită vârstă, — şi slăbirea demenţială senilă, alteraţie patologică atingând numai pe anumiţi bătrâni. **Dr. A. Dosios.**

L. Blavier. **Tratamentul hydrocelului prin injecţii de clorhidrolactat dublu de chinină şi de uree.** (Presse Médicale, Mai 1934).

Lichidul hidrocelului este un transudat, o plasmă sanguină diluată, care însă cu timpul sufere o degradare a elementelor coagulante: fibrinogen şi trombozim, îmbogăţindu-se în antitrombină *(Delreg:* Asupra compoz ţiei lichidului hydrocelului comparată cu aceia a plasmei sanguine. Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. de Bélgique, 1913).

Autorul, nereuşind să descopere mecanismul filtrărei lichidului prin vaginală — şi deci să împiedece acest fapt, — a recurs la preparaţiile chimice sclerozante, chinină-uree, renunţând la tinctura de iod, mult prea iritantă şi ajungând la complicaţii neplăcute. Preparatul ales a fost *soluţia Vendel:* clorhidrolactat dublu de chinină-uree 25% în apă glicerinată.

A tratat 18 hidrocele, obţinând 18 vindecări. Vârsta bolnavilor a variat între 32 –73 ani, hidrocelele erau vechi de câteva luni la mulţi ani, iar volumul dela câţiva centimetri cubi la 500 cm^3.

După puncţia evacuatoare se face injecţia cu soluţia sclerozantă, care provoacă o reacţiune seroasă sanguinolentă, trecătoare şi scleroza vaginalei.

Concluziile practice sunt următoarele:

Această soluţie este complect indoloră, produce întotdeauna scleroza vaginalei şi rezoluţia totală a lichidului, şi este fără pericole, deoarece, eventuala injecţie greşită în afara vaginalei, nu dă nici o turburare.

Pentru un hidrocel al cărui volum nu trece de 75 cmc, se face o singură injecţie de 3 cmc clorhidrolactat dublu de chinină-uree, 25% în apă glicerinată, — la un hidrocel mai voluminos putând injecta 6 cmc, fără nici un risc, — vindecarea venind până într'o lună, — dar la nevoie, se poate obţine o vindecare mai rapidă, făcând 2—3 injecţii.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Axente Iancu. **Contributions a la pathogénie des crévasses du mamélon.** (Rev. franc. de pédiatrie No. 1, 1934).

Fisurile mamelonului sunt o cauză indirectă a mortalităţii infantile. Pentru prevenirea lor se recurge de multe ori la manevre greşite cari duc la inflamaţiuni ale mamelei.

Unii autori preconizează spălarea mamelonului cu alcool sau cu soluţii alcoolizate. Majoritatea însă sunt de părere că îngrijirea mamelonului în felul acesta este puţin favorabilă deoarece degresează mamelonul şi înlesneşte infecţiunea.

Autorul alături de Iaschke, Metzer, Héraux etc. condamnă îngrijirea mamelonului cu badigeonari de alcool şi recomandă pentru prevenirea fisurilor să se menţină uscate mameloanele. **Dr. C. Banu.**

Despre raporturile dintre lobul hipofizar anterior şi glanda sexuală la masculi. (L'Hormone, Nr. 9, 934).

Prin experienţe asupra mamiferelor s'a confirmat rolul important ţinut de hipofiză în producerea normală a spermatozoizilor şi a hormonilor de către testicul.

La animale hipofizectomizate, acţiunea hipofizei poate fi înlocuită şi obţinută prin extrase de hipofiză sau prin grefă de ţesut hipofizar. Deasemenea, extrase din urină de femei gravide, conţinând un hormon gonadotrop special, având origine placentară probabilă, înlocuesc în mare parte dar incomplect acţiunea hipofizei; se crede că este vorba mai mult de un factor cu rol syergic, acţionând mai mult asupra celulelor lui Leydig (celulele interstiţiale) şi mult mai puţin asupra mitozei din epiteliul germinativ.

Hormonul necesar spermatogenezei, hormonul maturaţiei foliculare, până în prezent nu a putut fi extras decât din hipofiză şi din urina de femei la menopauză.

Alte experienţe asupra animalelor (maimuţe) în stadiu de desvoltare infantil, la cari s'au injectat hormoni gonadotropi provenind din hipofiză, sau din placentă, sau din urina şi din ser de femei gravide sau din ser de iepe gravide, — au demonstrat o acţiune de stimulare energică asupra producţiei de hormoni în testicul, provocând uneori coborârea testiculilor, — dar fără să ajungă să provoace o spermatogeneză precoce. La animale senile, aceiaşi hormoni reuşesc să redeştepte nu numai producţia hormonală dar secreţiile hipofizare redeşteaptă chiar spermatogeneza (Steinach).

Incercările de aplicaţii clinice, au dat rezultate destul de încurajante în cryptorchidie, dystrofie adiposo-genitală şi azoospermie. In ultimul timp se fac experienţe şi în anumite forme de impotenţă.

Câţiva dintre autorii cari s'au ocupat cu problemele hormonale de mai sus:

Evans, Smith, Simpson, Austin, Bield, Steinach, Ascheim, Zondek, Allen, Yongh, Moore, Drake, etc... **Dr. Ion Ad. Popescu.**

Note de Terapeutică.

Despre anestezia lombară, mai ales în operaţiile abdominale, de *Medic Primar Dr. Anton Mülleder* (Wiener Klinische Wochenschrift 1934, Nr. 3, S. 68).

Se referă asupra anesteziei lombare cu *Tropacocaină „Merck"*. Acest preparat s'a impus în aplicarea acestui procedeu de anestezie. Se întrebuinţează în mod obişnuit 2 cm dintr'o soluţie de 5%. Este de mare importanţă ca preparatul să fie întotdeauna proaspăt. Autorul nu a înregistrat până în prezent accidente grave. Pentru accidentele uşoare există măsuri de combatere. Această anestezie găseşte numeroase aplicaţii în chirurgia generală, constituind metoda preferită în operaţiile gynecologice. In operaţiile de mai lungă durată este necesar a prelungi anestezia cu eter. Autorul recomandă întrebuinţarea anesteziei lombare şi în operaţiile abdominale din etajul superior.

Drept contra-indicaţii se dau Sifilisul recent, afecţiunile nevraxului, procesele septice — în urmă obstacole tehnice datorite modificărilor coloanei vertebrale. De asemeni anestezia lombară este contra indicată la pacienţi hyperanxioşi, nervoşi şi la copii.

s. r.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Activitatea medico-socială.

In ziua de 24 Iunie 1934 s'a făcut o minuţioasă anchetă medico-socială *în comuna* Roşia de Secaş, judeţul Târnava Mică. *La această anchetă a participat o numeroasă echipă de medici din judeţul şi municipiul Sibiu, precum şi echipa medicilor din judeţul Târnava Mică. Ancheta a fost pregătită de către* dl Dr. Al. Măcelariu, *medicul primar al judeţului Târnava Mică, asistat de dl* Dr. Kellner, *medicul circumscripţiei şi ajutat de Primăria comunală şi intelectualii din comună.*

Echipa de anchetă s'a deplasat în comună şi a lucrat sub conducerea dlui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia, *fiind compusă din următoarele persoane:*

Medici: *Dr. I. Stoichiţia, Dr. Cosma, Dr. Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Ghiţescu, Dr. Moga, Dr. Banu, Dr. Schulz, Dr. Popescu I. A., Dr. Mitter, Dr. Gheorghiu, Dr. Roşca, Dr. Löwy, Dr. Oprean, Dr. Bucur, Dr. Kenst, Dr. Dosios, toţi din Sibiu şi Dr. Măcelariu, Dr. Isailă, Dr. Sărăndean, Dr. Suciu, D-na Dr. Grün, Dr. Wilhelm, Dr. Wachsmann şi Dr. Kellner din judeţul Târnava Mică.*

Surori de ocrotire: *M. Manta, V. Buzea, Simonis, Topolog, Banciu din Sibiu şi Dancăşiu P. din judeţul Târnava Mică.*

Farmacist: *I. Domnariu.*

Agenţi sanitari: *Ariton şi Vancu din Blaj.*

Oameni de serviciu: *Duna Al. şi Nicolae Popa.*

Echipa de medici a vizitat toate gospodăriile din comună în număr de 300 şi a examinat din punct de vedere medical pe toţi locuitorii cari se găseau la domiciliu. Din numărul total de 1386 *locuitori au fost examinaţi de medici* 1278, adecă 92,3% *din întreaga populaţie, complectându-se tot atâtea* fişe sanitare individuale.

Echipa de medici specialişti a dat următoarele consultaţiuni de specialitate:

Boli interne	*67*
Oftalmologice . . .	*48*
Otorinolaringologice .	*34*
Ginecologice	*30*
Dermatologice . . .	*21*
Neurologice	*10*
Extracţii dentare . .	*12*
Reacţii Wassermann .	*52*
Frotiuri de sânge . .	*160*

Medicamente gratuite au primit 588 persoane, majoritatea suferind de paludism şi distribuindu-se în total cu aceasta ocaziune 4,500 Kg. chinină.

Numărul total al celor examinaţi până în prezent în seria anchetelor noastre medico-sociale se ridică la cifra de 22.000 examinări. *is.*

Note şi informaţiuni.

Noul Director al Spitalului Public din Sibiu *Domnul Docent* Dr. O FILIPESCU, *medic primar-chirurg la Spitalul Public Sibiu, a fost numit cu începere dela 1 Iulie 1934 în postul de Director al Spitalului în locul Domnului Dr. L. Cornea care a demisionat din acest post.*

Docent Dr. O. Filipescu
medic primar chirurg,
Directorul Spitalului Public Sibiu

Cunoscând energia, puterea de muncă şi devotamentul pentru Spital al noului Director, suntem îndreptăţiţi a lega cele mai frumoase speranţe de activitatea D-sale în fruntea acestei importante instituţiuni. Dorim Domnului Dr. Filipescu izbândă deplină în munca pe care o începe şi sperăm că având colaborarea sinceră a întregului personal medical, sanitar şi administrativ al Spitalului; bucurându-se de încrederea Ministerului şi asigurându-i-se un larg concurs din partea autorităţilor locale, va reuşi să facă din Spitalul Public din Sibiu o instituţie sanitară model, demnă de tradiţia şi bunul renume al acestui Spital, care odinioară era considerat ca cel mai bun Spital din Ardeal.

Calităţile superioare de cari dispune noul Director, precum şi rodnica sa activitate de până acum ne oferă suficiente garanţii că soartea Spitalului Public din Sibiu este dată unei persoane competente şi animate de cele mai bune gânduri pentru viitor.

Dorim Domnului Dr. Filipescu izbândă deplină şi o rodnică activitate în noua sa funcţiune.

Atitudinea Asociaţiei Generale a Medicilor faţă de revizuirea funcţionarilor şi legea cumulului. *Comitetul Central al Asociaţiei Generale a Medicilor a ţinut în ziua de* 27 Iulie 1934 *o importantă şedinţă sub preşedenţia Domnului* Profesor Danielopolu. *La această şedinţă au participat şi o seamă de medici din Bucureşti şi din provincie cari nu sunt membri în Comitetul Central şi cari au ţinut să îşi spună cuvântul în chestiunile din ordinea de zi.*

Au fost discuţii foarte animate în jurul atitudinei pe care trebue să o ia Asociaţia Generală a Medicilor faţă de aplicarea Legii deplinelor puteri şi îndeosebi faţă de aplicarea dispoziţiunilor art. 4 din aceasta Lege, care se ocupă de revizuirea numirilor de funcţionari precum şi a înaintărilor şi

definitivărilor survenite cu începere dela 1 Ianuarie 1924. După lungi discuțiuni Asociația a delegat o Comisiune compusă din Domnii: Profesor Danielopolu, Dr. Stoichița, Dr. Combiescu și Dr. Alfandari *pentru ca să redacteze un memoriu în această chestiune și să-l prezinte de urgență Domnului Ministru al Sănătății.*

Comisiunea aleasă a redactat un memoriu documentat exprimând doleanțele Corpului Medical și atitudinea Asociației față de proectul de revizuire al medicilor și în ziua de 28 Iulie 1934 *au prezentat acest memoriu Domnului* Profesor Dr. Gane, *secretarul general al Ministerului. Domnul secretar general Profesor Dr. Gane și-a însușit punctul de vedere exprimat de Asociație și a promis tot concursul său pentru acceptarea acestui punct de vedere și din partea Ministerului.*

Atitudinea Asociației Generale a Medicilor exprimată în acest memoriu se poate rezuma în următoarele:

1. Să se revizuiască cu începere dela 1 Ianuarie 1924 numai numirile cari sunt vădit ilegale și toate posturile devenite vacante prin aceasta revizuire precum și posturile cari de prezent sunt ocupate cu titlu provizor, să se publice vacante și să fie scoase la concurs fără întârziere.

2. Numirile, înaintările și definitivările făcute dela 1 Ianuarie 1924 în baza dispozițiilor tranzitorii din legile sanitare să nu fie atinse, ele fiind considerate ca legale și constituind drepturi câștigate pentru medici. *In orice caz o revizuire a acestor fel de numiri, înaintări și definitivări să nu se facă decât după un studiu documentat al problemei și numai pe cale de lege normală votată de Parlament, care să nu atingă drepturile câștigate ale medicilor și să nu desorganizeze serviciile sanitare.*

S'a discutat apoi atitudinea Asociației Generale a Medicilor față de aplicarea Legii cumulului. Părerile fiind împărțite asupra acestei chestiuni, Comitetul Central al Asociației a convocat o nouă ședință pentru ziua de 3 August 1934 *la care ședință au fost invitați pe cale de publicitate să participe toți medicii interesați. In aceasta ședință se va discuta în continuare Legea cumulului și în baza raportului pe care îl va depune o comisiune anume instituită dintre medicii funcționari și medicii fără funcție, se va fixa definitiv punctul de vedere al Asociației Generale a Medicilor.*

Ar fi de dorit ca barem în viitor Corpul Medical să manifeste un interes mai viu față de aceste probleme vitale ale profesiunei noastre și să participe în număr mare la adunările în cari se discută și se hotărește asupra unor chestiuni atât de importante pentru însăși existența medicilor.

18.

Dela »Societatea de Psihiatrie, Neurologie, Endocrinologie şi Psihologie«, filiala Sibiu.

Ultimele şedinţe, ţinute la Spitalul de boli mintale, sub preşidenţia dlui Inspector general sanitar Dr. Gh. Preda, *au decurs astfel:*

23 Iunie. — Dl Inspector Dr. Preda *a făcut o amplă şi interesantă expunere privitor la* organizaţia sanitară (şi în deosebi a serviciilor de asistenţă psihiatrică din Mexic), *insistând asupra rolului predominant al iniţiativelor particulare, sub formă de societăţi de binefacere, atât în crearea cât şi asigurarea asistenţei bolnavilor în acesle instituţii. Instalaţiile sunt noui, moderne, confortabile, deşi conservă încă gratiile la ferestre şi cămaşa de forţă. Se dă o deosebită atenţie muncii ca sistem de tratament. In acest scop aceste instituţii au construit numeroase ateliere şi au desvoltat agricultura.*

28 Iunie. — Verificarea experimentală a unui caz de pretinsă clairevoyance *(dl S.) Dl S. susţine că poate intuitiv să pună diagnostice şi să arate prin chiromanţie trecutul, prezentul şi viitorul unei persoane. I s'a dat dlui S., căzut în transă, următoarele două probe: precizarea acţiunii îndeplinite de o persoană într'o încăpere din apropiere şi punerea unui diagnostic medical (un infirmier sănătos deghizat ca pacient). Rezultatul ambelor probe a fost negativ.*

29. Iunie. — *Asupra subiectului experimentat în şedinţa precedentă,* dl Inspector Dr. Preda *a ţinut o disertaţie, explicând mecanismul acestor stări şi a somnului letargic ajungând la concluzia că aceste stări sunt stări de intuiţie delirantă. Expune apoi alte numeroase cazuri identice, precum şi buna sau reaua credinţă pusă de aceşti subiecţi în producerea fenomenelor.*

5 Iulie. — *In prima parte a şedinţei,* dl Inspector Dr. Preda *a expus vastul program de activitate al Laboratorului de psihologie al spitalului de boli mintale din Sibiu. Acest program, întocmit pe o bază strict biologică, urmăreşte explorarea tuturor falcultăţilor psihice, în raport cu fiecare simţ. In acest scop se va utiliza teste variate şi adecuate. După o riguroasă verificare pe un mare număr de subiecţi normali, aceste teste vor servi la stabilirea profilului psihologic al diverşilor bolnavi mintali, precum şi la o mai bună selecţiune profesională.*

In a doua parte a şedinţei, dl Drd. V. Preda *a comunicat rezultatele unor cercetări craniometrice întreprinse pe un număr de maniace şi schizofrenice. Această comunicare va fi publicată* in extenso *în numărul viitor al revistei.*

Societatea Ştiinţelor Medicale din Oradea.

Şedinţa dela 26 Mai 1934.

Dr. Blaha Hans: Rezultate obţinute cu sanocrizina în tuberculoza pulmonară. *După consideraţii generale asupra indicaţiilor şi contra-indica-*

ţiilor, — relevă rezultatele bune obţinute în zece cazuri personale, — subliniind că formele cari beneficiază mai mult de acest tratament sunt: tuberculoza pulmonară, ganglionară, dermică, laringiană şi oculară.

Dr. Costa Romul: Un caz de hematometrie cu calcul uterin. *Autorul descrie cazul unei bolnave în etate de 29 ani, care n'a avut nici odată menstruaţia; — ajungând la laparotomie, se constată o atrezie a canalului cervical despărţit de cavitatea uterină, închisă, de mărimea unei portocale; în cavitatea uterină plină cu sânge descompus, se găseşte un calcul de mărimea unui bob de mazăre, format din fosfat de Ca.*

Medic Cpt. Dr. Spoială Teodor: Un caz de criptorchidie bilaterală, asociată cu hernie inghino-scrotală. *Autorul expune considerentele embriologice, patogenice şi de tratament, generale şi speciale în acest caz (care se prezintă cu testiculul stâng în abdomen — iar cel drept în canalul inghinal).*

Medic Lt.-col. Dr. Florian Matei; medici Lt. Dri Lăzărescu Alexandru şi Pop Octavian: Un caz de leucemie cronică cu monociţi forma splenomegalică. Pericardită exudativă hemoragică. *Prezintă o interesantă foaie de de observaţie clinică a cazului, cu numărătoarea globulelor roşii 2.640.000 — 130.000 — hemoglobina 80%, iar formula leucocitară: polinuleare neutrofile 4,25%, eozinofile 0,25%, basofile 0%, limfociţi 3% monociţi şi forme de trecere 92,5%.*

Dr. Chidioşan Gheorghe: Două cazuri de rhinosclerom, *confirmate de examenul histopatologic făcut la Instit. de Anat. Patol. Cluj.*

După consideraţii asupra cazurilor întâlnite la noi, unde predomină forma scleroasă, expune tratamentul necesar.

Dr. Ganea Octavian: Consideraţii asupra a două cazuri de stomac perforat. *După expunerea ambelor cazuri operate cu succes, — autorul, bazat pe observaţia cazului al II-lea şi alte numeroase cazuri personale, susţine că ulcerele gastrice cari perforează, în cele mai multe cazuri, nu au un trecut gastric.*

Şedinţa din 16 Iunie 1934, ţinută la Satu-Mare.

Medic Colonel Dr. Ionescu Mircea: Activitatea societăţii noastre în trecut şi intenţiile pentru viitor. *Conferentiarul trece în revistă activitatea societăţei dela înfiinţare şi expune rezultatele frumoase obţinute în ultimii 4 ani.*

Şedinţele au loc la 2 săptămâni, iar rezumatele comunicărilor sunt publicate într'un buletin.

Intenţii pentru viitor: asocierea cu alte grupări similare de pe graniţa de Vest — şi eventual, scoaterea unei reviste.

Dr. I. Glăvan: Lupta contra trahomului. *După ce face o interesantă expunere a mijloacelor de combatere a trahomului în ţările civilizate: şcoale*

separate pentru copii trahomatoşi, cu dispensarii anexate acestor şcoale, spitalizarea trahomatoşilor gratuită, — propaganda antitrahomatoasă prin filme, broşuri, echipe mobile, —

închee, atrăgând atenţia că la noi, afară de cele 5 spitale militare pentru combaterea trahomului în armată, nu s'a realizat nici o măsură practică, organizată, contra trahomului.

Dr. Dumitreanu-Zeno: Biologia gambuzilor. *Din bogata expunere asupra condiţiilor de desvoltare şi acţiunei larvofage a acestor peşti, rezumăm pe scurt: Femela, de 4 cm., masculul de 2—3 cm., nasc peşti vii (8—10 mm.) până la 100 pui, dând naştere la 5—6 generaţii pe an, din Aprilie până în Octomvrie.*

Trăind în ape mici, bălţi, canale, fântâni, căutându-şi hrana, de preferinţă la marginea apelor şi la suprafaţă, o femelă mijlocie poate consuma 150—200 larve într'o zi.

Inotând uşor în susul apei (deci cultivarea lor în râuri) şi rezistând la o petrolizare moderată sau verdelui de Paris — nu suportă frigul. Temperatura optimă 16°—20°.

Dr. Costa Romul: Reacţia Westergren în ginecologie. *Prezintă o serie de observaţii, făcute în ultimii ani în serviciul de ginecologie al spitalului judeţean din cari rezultă că această reacţie este de mare utilitate pentru ginecolog.*

Dr. Isaicu Lazăr: Prepararea şi întrebuinţarea vaccinului Calmette-Guérin. *Expune pe larg modul de preparare, aşa cum l-a conceput Calmette şi aşa cum se practică azi. Aduce date foarte demonstrative relativ la întrebuinţarea vaccinului, din cari se vede că se poate obţine o profilaxie bună azi, încât copiii noui născuţi pot fi lăsaţi în familie chiar dacă mediul este infectat.*

***Constituirea consiliului „Liga Naţională contra tuberculozei"**, a avut loc la 4 Iunie la Palatul regal, sub Preşidenţia M. S. Regelui.*

După numeroase discuţii, la cari a intervenit de multe ori M. S. Regele, cerând explicaţii sau dând îndrumări (de ex.: la recrutare, cei găsiţi tuberculoşi să nu mai fie trimişi la vatră, constituind astfel un pericol de contagiune, dar să fie încorporaţi şi îngrijiţi în sanatorii speciale).

Consiliul de conducere s'a constituit astfel: Preşedinte M. S. Regele; vice-preşedinţi, Dr. I. Costinescu, Ministrul Sănătăţii şi General Dr. N. Butoianu; secretar general Dr. S. Irimescu; membrii d-na şi dl Ing. Balş, d-nii prof. Danielopolu, Mezincescu, Ionescu-Mihăieşti, Riegler, T. Gane, Proca, Iuliu Haţieganu, Manicatide, Cosăcescu, Marius Nasta, Dr. Oct. Puşcariu, Dr. I. Mamulea, Al. G. Donescu, Dr. N. Demetriad, prof. Valaori,

D. Iuca, H. Vogtberg, Dr. Tatuşescu, col. Dr. I. Bălănescu, Al. Gane, prof. D. Gusti, General Manolescu.

Se alege un comitet de direcţie, compus din: Dr. I. Costinescu, Ministrul Sănătăţii, ing. Balş, preşedintele soc. „Grucea Roşie", Dr. Mamulea, profesorii Bălăcescu, Proca şi M. Nasta.

Acest comitet va cerceta situaţia actuală a instituţiilor de profilaxie şi va face propuneri.

Se va alege încă o comisiune din Consiliu, pentru a se ocupa de organizarea filialelor judeţene. *s. r.*

CONGRESE:

Cursul de perfecţionare al Asociaţiei internaţionale a spitalelor, *se va ţine în Elveţia, între 15—23 August a. c. Programul:*

12 August: Şedinţa comisiunei de studii la Bâle.

16 August: Conferinţe: Planul de amenajament şi extensiune al spitalului Municipal din Bâle. Vizită la noua maternitate.

17 August: Zürich, conferinţe: Planul de extensiune al Spitalului Central din Zürich. Vizită la spitalul din Neumünster şi la clinica de pediatrie. Excursie pe lacul Zürich.

18 August: Lucerna, Conferinţe: Planuri de extensiuni de spitale locale şi vizitarea lor. Excursie pe lacul celor patru cantoane.

19, 20, 21, 22, Berna, Cursuri, conferinţe, vizite, banchete. La Berna va avea loc o expoziţie de planuri de spitale, modele de instalaţiuni, precum şi produsele industriale cele mai recente, din domeniul îngrijirei bolnavilor.

23 August. Leysin: Vizită la profesorul Rollier. Conferinţe. Inchiderea cursurilor. Va urma un voiaj de studii în Cantonul Grisous, unde se vor vizita: Brigue, Arosa, Davos, Schuls, Tarasp, St. Moritz.

Biroul congresului: Vorka, Obergrundstrasse 13, Lucerna.

Congresul internaţional de medicină aplicată la educaţia fizică şi sporturi. *Va avea loc la Chamonix, dela 5—6 Sept. 1934, sub preşidenţia prof. Paul Carnot.*

Organizat de prof. Latarjet, congresul va avea următoarele secţiuni: Biologie, Medicină şi Pediatrie, Chirurgie şi ortopedie, Educaţia fizică şcolară şi post şcolară şi Medicina sportivă.

Rapoartele prezentate:

1. Standardizarea fişei biometrice sportive;

2. Controlul medical al educaţiei fizice şi al sporturilor;

3. Indicaţiile medicale ale curei de altitudine şi ale sporturilor din zonele muntoase.

Excursii şi recepţii. Casa şi masa între 35—60 fr. pe zi de persoană.

Inscrierile până la 5 August a. c., la secretariatul Societăţii Medicale de Educaţie fizică (Dr. Fl. Covaciu-Ulmeanu) Bucureşti, VI, str. Maior Ene Nr. 12.

Primul congres naţional asupra boalelor contagioase, *se va ţine la Craiova în 26, 27, 28 Oct. a. c., sub înaltul Patronaj al Majestăţei Sale, Regele Carol II.*

Congresul este organizat de dl Dr. Metzulescu, Medic primar la spitalul de boale contagioase din Craiova.

Rapoarte prezentate: Tratamentul preventiv şi curativ în difterie: *a) Anatoxina şi vaccinarea preventivă.*

Raportori: Dl Prof. Dr. Bălteanu, din Iaşi, dl Prof. agr. Dr. Mironescu din Bucureşti, Dr. Titu Turcu dela Institutul de Higienă Cluj şi dl Dr. Bazgan, Medic Pimar Chişinău.

D-na Dr. Lucia Vulcănescu, Medic Primar spital, despre Tratamentul curativ.

b) Modul de preparare al Anatoxinei, de Dr. Marbé, dela Institutul Cantacuzino.

Febre exantematice: *Raportor: Conf. Dr. Combiescu, dela Institutul Cantacuzino.*

Primul congres internaţional de Electro-radio-biologie, *va avea loc la Veneţia, dela 10—15 Septemvrie a. c, sub prezidenţia savantului Marconi, Preşedintele Academiei Italiene. Dl Prof. Dr. Gh. Marinescu va prezenta un raport asupra interesantelor cercetări originale în domeniul radiaţiunilor.*

Informaţii la secretarul general al congresului, dl Giocondo Protti, 8 Gregorio, 173 Veneţia.

Primul congres naţional de radiologie şi electrologie medicală, *sub prezidenţia d-lui agregat Dr. Gh. Severeanu, secretar general fiind dl Colonel Dr. N. Giurea. — în zilele de 26, 27 şi 28 Oct. a. c., la Facultatea de medicină, Bucureşti.*

Inscrierile (300 Lei) până la 1 Septemvrie, la dl Dr. Virgil Caracota, str. Aurel Vlaicu Nr. 35 A. Bucureşti III. ***s. r.***

NOTA REDACȚIEI.

Rugăm pe toți prietinii și cetitorii noștri să trimită prin poștă abonamentul la revistă. Cei cari nu doresc să fie între abonații revistei noastre sunt rugați a ne restitui revista, cunoscând că nerestituirea o considerăm ca și abonament.

REDACȚIA.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru administrație, la Drogueria I. Baciu, str. Regina Maria 10, Sibiu.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1934.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obicinuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	50	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

CHINOIN·S·A·

UN NOU ALCALOID SINTETIC

PERPARIN

Acţiune antispasmotică de 3-ori mai puternică!
Toxicitate de 9-ori mai redusă!
Efect rapid, sigur, de lungă durată!

Eftin!

Acelaşi acţiune nu se poate obţine, decât cu o combinaţiune a PAPAVERINEI cu diferite alte antispasmotice.

Injecţiuni, tablete, pulvere (după prescripţiuni medicale).

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A·
BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Anul I. No. 8—10. 20 Lei Exemplarul. Sept.—Oct. 1934.

BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ SIBIU

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretari de redacție:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comșa, I. Cosma, G. Ghițescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuș, L. Ionașiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roșca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacția: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administrația: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole științifice:

Dr. Petre Râmneanțu și *Dr. Oliver R. Vraciu:* Indicele vital simplu în România și pe Provincii Istorice . . . Pag. 375

Dr. Mareș Cahane și *Dr. Tatiana Cahane:* Considerațiuni asupra unui caz de hemibalism „ 388

Dr. Od. Apostol; Terapeutica gazaților . . . . . „ 392

Dr. M. Suciu-Sibianu: Un caz de melano-sarcom al choroidei „ 398

Dr. Demian Atanasie: Considerațiuni asupra narcozei cu Avertin . . . . . „ 401

Dr. Victor Preda: Contribuțiuni la studiul antropometric al capului la schizofrenice și la maniace . . . . . „ 407

Docent Dr. Petre Vancea: Considerațiuni asupra tratamentului adjuvant în Oftalmologie . . . . . „ 414

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Date rezumative privitoare la anchetele medico-sociale din județul Sibiu . . . . . Pag. 419

Victor Pop, farmacist: Ce-a fost, ce este și ce trebue să fie farmacia? . . . . . „ 424

Dr. I. Sturza și *Dr. I. Cosma:* Mișcarea populației în Județul și Municipiul Sibiu în lunile Iunie, Iulie și August 1934 . . . . . „ 429

Revista cărților . . . . . „ 433

1. Studiu asupra endemiei tiroidiene în România.
2. Tuberculoza, de *Dr. Mangiurea.*

Revista revistelor . . . . „ 437

Note de terapeutică . . . „ 440

Note și informațiuni . . . „ 442

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile,**
Se află în toate farmaciile cu preţul de **Lei 85·—**

Indicaţiuni :

In toate formele de anemii (Fe., Mn); chloroză, boale nervoase (P), histerie,

neurastenie, senilitate, astenie şi surmenaj general,

în convalescenţă; reconfortant excelent indicat mai ales

după boalele infecţioase şi după operaţii, la epuizare intelectuală şi corporală;

în tuberculoză generală şi pulmonară (reducerea secreţiunilor prin Mn.),

în diatezele exsudative, rachitism, boala lui Basedow,

la boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei;

în neuroză şi ulcer gastric, hiperclorhidrie şi atrofia mucoasei stomacale (Achilia gastrică),

în eczemele cronice (As) şi fosfaturie etc.

Farmacia „La Primărie" O. Alesi, Sebeş-Alba.

Anul I. Nr. 8—10. 20 Lei Exemplarul. Sept.—Oct. 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

„EUKODAL“

Analgetic şi narcotic în loc de morfină

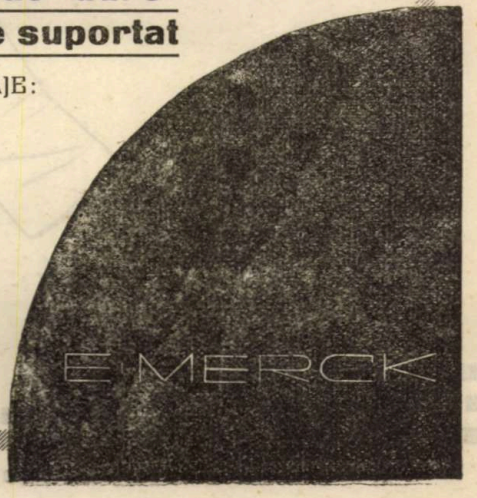
Calmează repede durerile şi este bine suportat

PREZENTĂRI ŞI AMBALAJE:

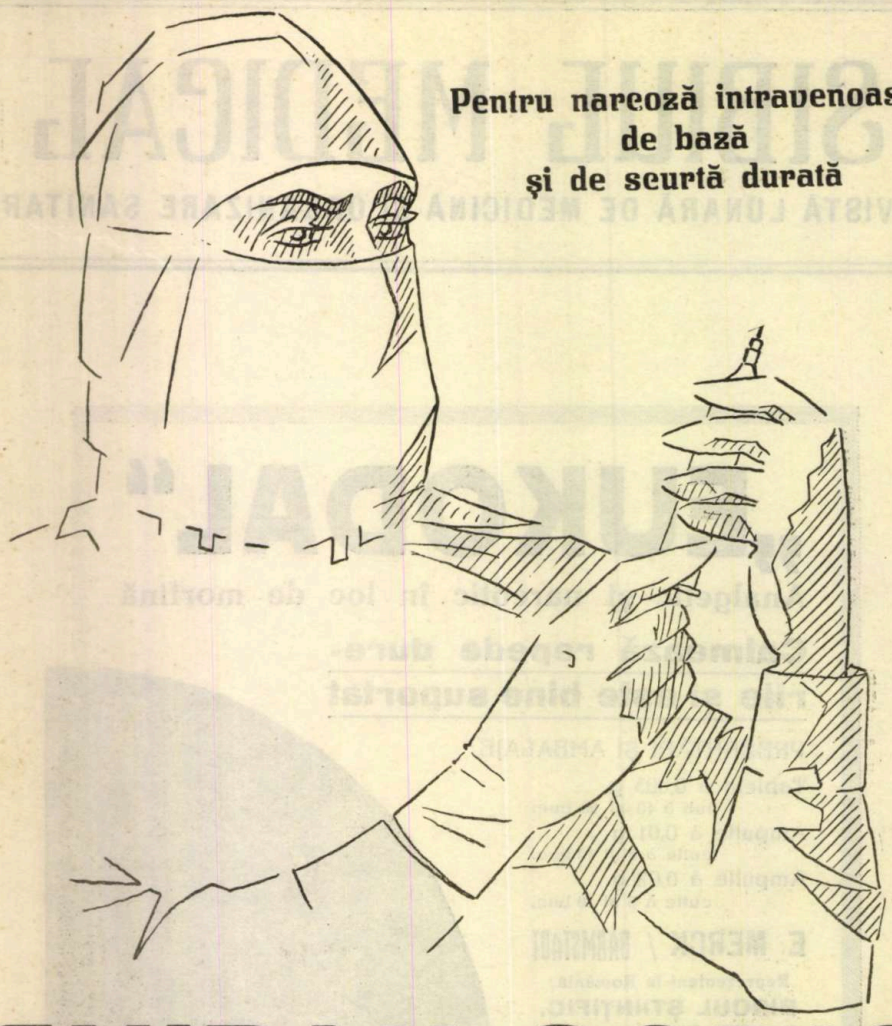
Tablete à 0,005 g
tub à 10 şi 20 buc.
Ampulle à 0,01 g
cutie à 5 şi 10 buc.
Ampulle à 0,02 g
cutie à 5 şi 10 buc.

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ŞTIINŢIFIC,
Bucureşti III, Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului)



SIBIU, 1934
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“



Pentru narcoză intravenoasă de bază şi de scurtă durată

EVIPAN-SODIC

N-metil-ciclohexenilmetilomalonilureidul de sodiu

Narcoza se produce imediat şi durează 10—15 minute. Fără accidente locale şi generale. Redeşteptarea din narcoză se face repede şi fără inconvenienţe.

Ambalaje originale:

Cutia cu 1 gr. Evipan-sodic + 1 fiolă cu 10,5 cc apă distilată, sterilizată.
„ „ 5x1 „ „ „ + 5 fiole cu câte 10,5 cc apă distilată, sterilizată.

BAYER

„Bayer"

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma"-Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu 53.

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Cluj.
Director: Prof. Dr. Iuliu Moldovan.

Indicele vital simplu în România şi pe Provincii Istorice.

Indicele vital specific pentru femei în oraşul Sibiu.

De **Dr. Petre Râmneanţu** şi **Dr. Oliver R. Vraciu.**

a) Indicele vital simplu.

Acesta este raportul dintre numărul născuţilor şi morţilor exprimat la 100. Prin el măsurăm în modul cel mai direct şi destul de precis creşterea naturală a populaţiei, scoţând astfel în evidenţă vigoarea ei biologică. Se înţelege, că cu cât numărul născuţilor prevalează pe cel al morţilor, cu atât indicele va fi mai mare de cât 100 şi va fi sub 100 când numărul născuţilor este mai mic decât al morţilor. La noi natalitatea păstrând încă un nivel urcat, iar mortalitatea[1]) menţinându-se la cea mai ridicată proporţie nu numai între statele europene dar chiar faţă de multe dintre statele altor continente, am crezut că nu este fără de interes cunoaşterea vigoarei biologice a populaţiei prin acest index care exprimă printr'o singură cifră ambele fenomene.

Indicele vital variind în raport cu mediul, situaţia geografică, anotimpul, neamul, mersul epidemiilor, stările de războiu, l-am calculat ţinând seamă de aceşti factori.

Mersul indicelui vital în România (1900—1933). Pearl şi Burger[2]) au demonstrat bazaţi pe datele statistice ale Angliei din 1838—1920, că într'o anumită perioadă de timp, există o adjustare regulată între numărul născuţilor şi al morţilor din sânul unei populaţii, care menţine indexul vital aproape constant, cu toate că numărul născuţilor la începutul perioadei creşte, către sfârşitul ei scade, iar mortalitatea diminuă în mod neregulat.

Această stabilitate a indicelui vital, pentru o perioadă mai scurtă însă (1915—1921), a fost demonstrată de Pearl şi în Statele-Unite.

[1]) Dr. P. Râmneanţu: Mortalitatea în România, Clujul Medical Nr. 3, 1934.

[2]) Pearl, R. şi Burger, M. H. The vital index of the population of England and Wales, 1838—1920, in Pearl, Studies in Human Biology 1924, Baltimore.

Indicele vital, în România, mediul rural şi urban (1900—1933)

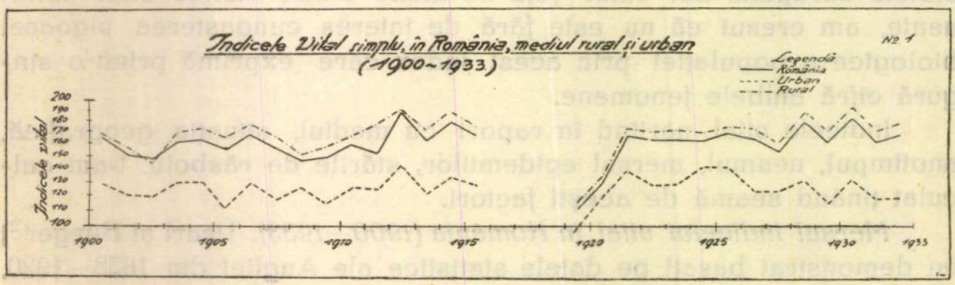
Tabloul Nr. 1.

Anul	Indicele vital. România	Med. rural	Med. urban	Anul	Indicele vital. România	Med. rural	Med. urban
1900—5	155.1	162.3	123.3	1925	167.3	173.8	131.6
1906—10	155.3	162.3	122.5	1926	163.0	171.0	123.6
1911—15	172.0	181.4	129.7	1927	153.6	159.3	123,1
1919	111.5	115.6	89.6	1928	177.4	187.1	131.2
1920—21	156.9	151.8	122.7	1929	159.0	187.1	131.2
1922	163.1	169.7	129.0	1930	180.4	190.6	133.1
1923	163.4	170	129.5	1931	159.8	168.6	118.0
1924	162.6	168.2	131.9	1932	165.8	175.3	118.0
				1933	171.7	182.9	120.9

Proporţiile din tabloul precedent până la anul 1915 se referă numai la populaţia Vechiului Regat.

In Vechiul Regat, indicele vital în perioada dela 1900 până la 1915 s'a menţinut între 155.1 şi 162.3, iar în ţara întregită pentru anii 1920—1933 a fost între 153.6 şi 180.4. In anul 1919 datorită epidemiei de gripă şi menţinerii stărei de răsboiu, indicele vital a fost mai scăzut, cum de altfel a fost şi în cursul răsboiului mondial, perioadă pentru care nu avem cifre.

Prin urmare, pare că în perioada 1920—1933, indicele vital şi la noi se menţine la acelaş nivel. (Grafica Nr. 1).



Grafica Nr. 1.

Pentru a fi mai precişi în această concluzie, în tabloul care urmează, am calculat ecuaţiile de progresiune şi regresiune ale indicelui vital, pe mediu şi pe provincii istorice, în perioada 1922—1932. Privind cu atenţie cantitatea anuală de creştere sau de descreştere a indicelui vital dela mediul rural la cel urban sau dela provincie la provincie, observăm, că deşi nu sunt diferenţe prea mari, totuşi tendinţe deosebite sunt. Astfel în mediu rural şi în toate provinciile cu excepţia Dobrogei, Banatului şi Munteniei sunt tendinţe de uşoară

urcare a indicelui vital. Tendinţele anormale de scădere ale indicelui vital din mediul urban şi din cele 3 provincii amintite, le explicăm prin pasivitatea serviciului sanitar faţă de mortalitatea urcată, care nu este comprimată în aceiaş proporţie în care fenomenele de reducere a natalităţii îşi exercită influenţa.

Ecuaţiile de progresiune şi regresiune ale indicelui vital din România şi provinciile istorice pe anii 1922—1932.

România total	$y = 164.968 + .011x$	Basarabia	$y = 174.680 + .004$
„ rural	$y = 172.725 + .060x$	Ardeal cu Banat, Criş.-M.	$y = 142.128 + .009x$
„ urban	$y = 126.065 - .026x$	Transilvania	$y = 152.833 + .017x$
Oltenia	$y = 161.495 + .028x$	Banat	$y = 106.191 - .018x$
Muntenia	$y = 179.135 - .008x$	Criş.-Maram.	$y = 142.952 + .010x$
Dobrogea	$y = 179.836 - .032x$		
Moldova	$y = 181.132 + .006x$		
Bucovina	$y = 157.826 + .016x$		

Indicele vital din România în comparaţie cu cel din alte ţări, îl cetim în tabloul următor: (Tabloul Nr. 2)

Indicele vital în câteva state (anul 1932) (Tabl. Nr. 2).

1. Olanda	244	13. Tchechoslovacia	149
2. Noua Zeelandă (1930)	219	14. Irlanda de Nord	142
3. Bulgaria	193	15. Letonia	142
4. Grecia (1930)	191	16. Germania	140
5. Polonia	191	17. Scoţia	138
6. Litvania	179	18. Elveţia	137
7. Japonia (1930)	178	19. Irlanda liberă	131
8. Portugalia	174	20. Ungaria	129
9. Spania	172	21. Anglia şi Wales	128
10. Statele Unite (1930)	167	22. Austria (1930)	124
11. România	166	23. Franţa	109
12. Italia	163		

Cel mai urcat indice îl prezintă Olanda şi Noua-Zeelandă în cari la o proporţie relativ scăzută a natalităţii corespunde una foarte redusă a mortalităţii, stare considerată ideală. Un indice scăzut dar nu sub 100 are Franţa. (Grafica Nr. 2.) România face parte din ţările cari au indicele vital urcat.

Indicele vital în raport cu mediul. In România indicele vital este mult mai urcat în mediul rural față de cel urban (Tabl. Nr. 1). Observând datele lui Pearl constatăm că în Statele Unite este o situație inversă, indicele vital fiind mai urcat în mediul urban.

Grafica Nr. 2.

Indicele vital pe provincii.

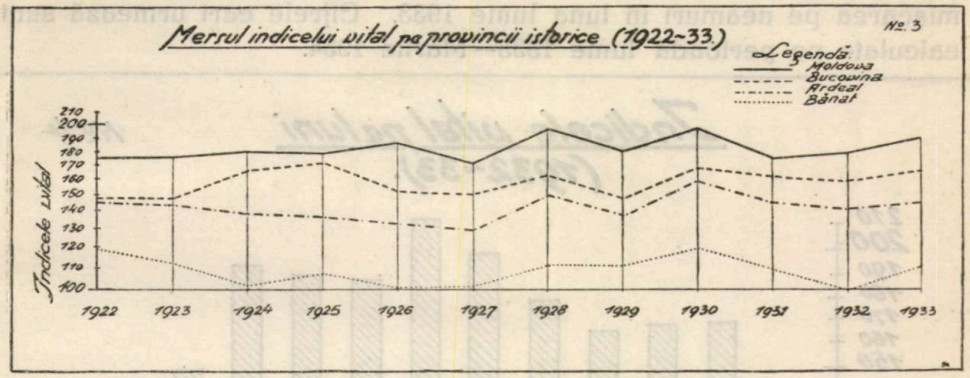
Calculând indicele vital pe provincii istorice am obținut tabloul de mai jos (Tabloul Nr. 3). Cel mai urcat indice vital îl prezintă Moldova și Dobrogea, iar cel mai scăzut îl are Banatul, celelalte provincii ocupând loc între aceste două extreme. In 1932 Banatul a avut o pierdere de populație, indicele vital fiind sub 100.

Tabloul Nr. 3.

Anul	Oltenia	Muntenia	Dobrogea	Moldova	Basarabia	Bucovina	Ardeal (cuprinde și Banat, Cr., Mar.)	Transilv.	Banat	Crișana Maram.
1922	156·2	177·0	166·6	176 3	173·0	148·7	146·9	154·8	119·2	148
1923	135·9	166 8	204·9	176·4	195·0	147·8	144·8	154·0	113·6	145·5
1924	156·7	174.3	186·1	180·5	165·6	165 6	139·5	148 9	103·3	143·1
1925	188·5	200·9	194·9	179·4	156·0	171·9	137·8	145·8	107·8	138·9
1926	165·8	182·4	190·0	187·6	168·4	152·5	133·7	145·9	100·7	130·4
1927	150·1	167 0	168 8	170·7	163·3	150·2	129·8	138·2	101·4	129·5
1928	178·5	193·2	193·1	197·3	188·6	163·1	149 8	162·5	111·2	148·8
1929	143·3	166·9	179·4	180·9	175·9	148·9	137·5	147·6	100·6	140·9
1930	178·4	182·0	185·8	197·5	207·3	167·0	158·1	168·5	118·1	161·4
1931	153·5	169·6	148·2	176·2	163·8	162·1	145·0	157·2	109·0	141·9
1932	171·1	190·0	187·4	169·8	164·7	158·7	141·0	153·0	98·2	144 7
1933	172·7	186·1	201·0	190·1	187·7	165·5	144·4	151·5	100·1	135·9

Din grafica următoare Nr. 3 întocmită pe hârtie semi-logaritmică reiese mersul indicelui vital în câteva provincii în perioada 1922—1933.

Indicele vital pe anotimp. Pentru a releva mai bine variația indicelor în raport cu sezonul l-am calculat combinând anii 1932—1933.



Grafica Nr. 3.

Indicele vital pe anotimp. (Tabl. Nr. 4).

Luna	Ian.	Febr.	Mart.	April	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
Indicele vital	138.7	169.6	167.6	164.2	177.8	198.3	210.2	185.1	187.2	190.6	149.8	104.9

Din acest tablou și din grafica care urmează Nr. 4 reiese că indicele vital începe să crească primăvara, în Iulie ajunge la maximum, toamna începe declinul, iar în timpul iernei, datorită natalității reduse și mortalității urcate, este cel mai scăzut.

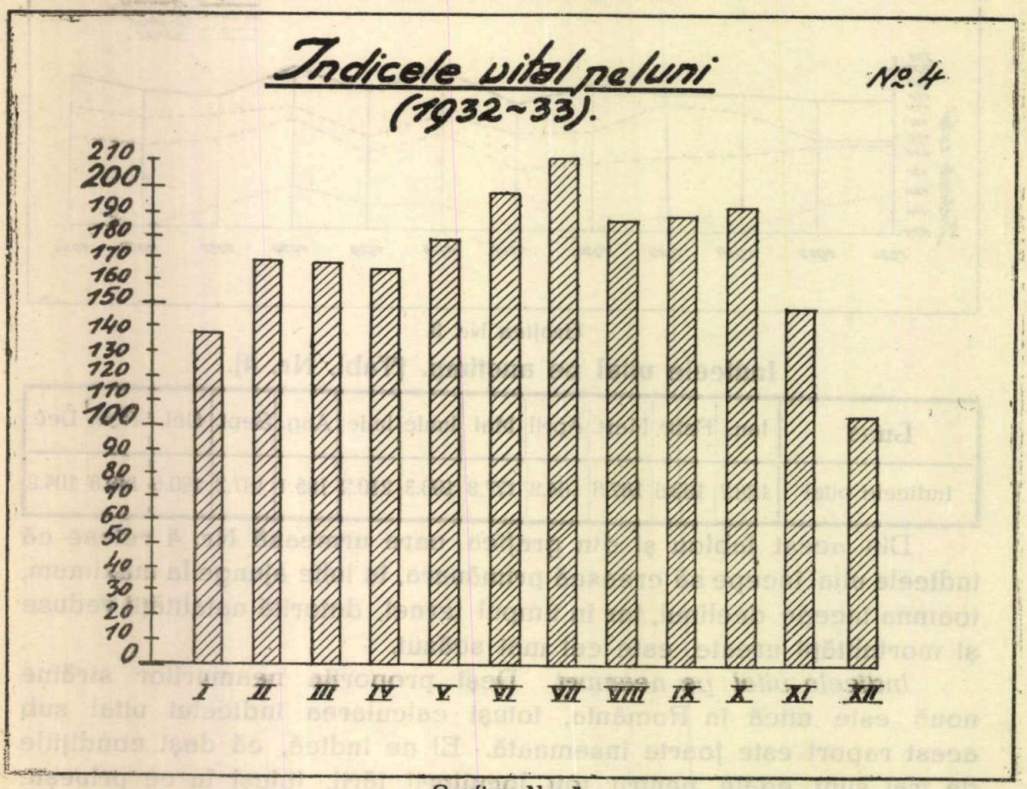
Indicele vital pe neamuri. Deși proporția neamurilor străine nouă este mică în România, totuși calcularea indicelui vital sub acest raport este foarte însemnată. El ne indică, că deși condițiile de trai sunt egale pentru toți locuitorii țării, totuși în ce privește vigoarea biologică sunt deosebiri marcante. Intr'adevăr nu numai la noi sunt astfel de deosebiri, cum vom vedea mai jos, ci ele au fost constatate și în alte părți. *Pearl* în Statele Unite a constatat că populația născută pe pământul noului continent are un indice vital mai scăzut decât locuitorii cari au imigrat din vechiul continent [1]). In același studiu observă, că negrii din Statele Unite au indicele mai mic decât rasa noastră.

Leblanc Th. J., profesor în Cincinnati, în studiul făcut în Korea [2]) a ajuns la concluzia că Koreenii au indicele vital mai urcat decât japonezii cu cari locuesc împreună.

[1]) Pearl, R.: Trends of Vital Indices. Studies in Human Biology, pag. 253 Baltimore 1924.

[2]) Leblanc, Th. J. Some phases of human biology in Kozea (Chosen) Human Biology. vol. 3 1931.

La noi deocamdată nu putem face această observaţie decât pe o perioadă de timp relativ scurtă, deoarece Serviciul Demografic în vechea lui formă nu a publicat mişcarea populaţiei pe neamuri, ci pe religii, iar Institutul Demografic, actual, a început să publice mişcarea pe neamuri în luna lunie 1933. Cifrele cari urmează sunt calculate pe perioada lunie 1933—Martie 1934.



Grafica Nr. 4.

Indicele vital pe neamuri (Tabl. Nr. 5).

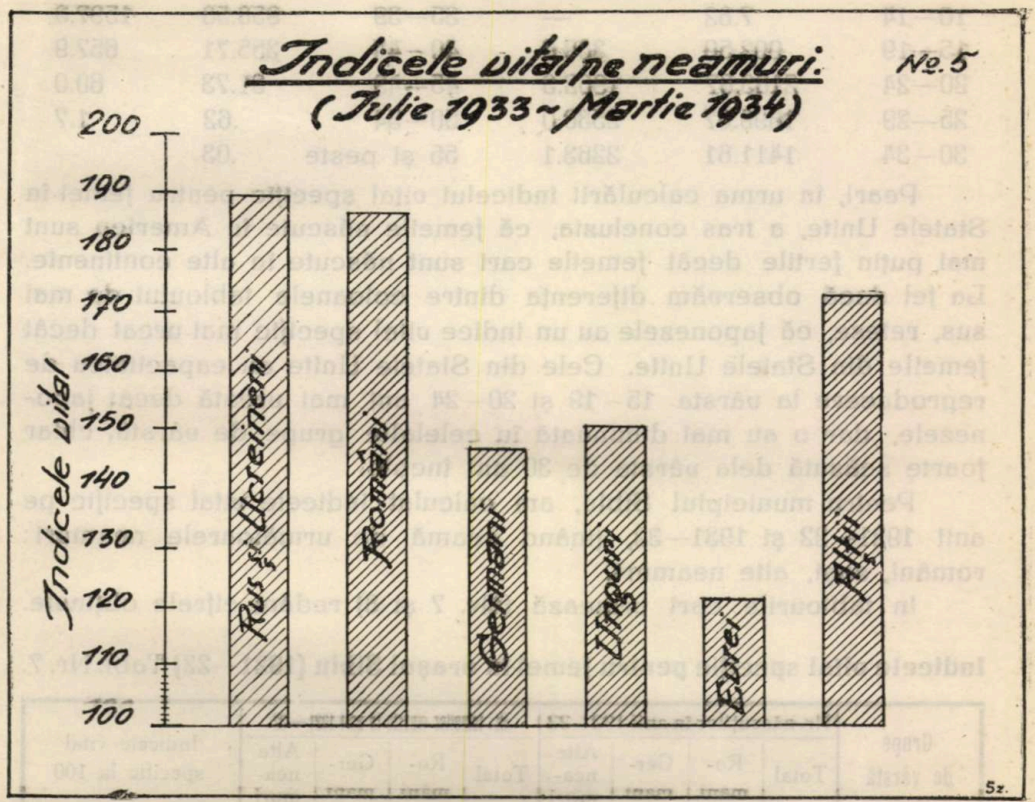
Neamul	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruşi—Ucranieni	Alţii
Indic. vital	186.6	150.7	146.6	121.2	189.0	172.3

Din aceste proporţii şi din grafica Nr. 5 reiese că după Ruşi şi Ucrainieni, Românii au cel mai urcat indice vital dintre neamurile din România, iar Ungurii şi Evreii cel mai scăzut.

b) Indicele vital specific pe vârstă pentru femei şi pe neamuri în oraşul Sibiu.

In studiul problemelor de populaţie, rolul pe care îl joacă femeile este considerat foarte important. Din acest punct de vedere

se naşe mai multe întrebări. Cea mai importantă: în cursul etăţii de reproducere toate femeile sunt uniform de eficiente? Dacă nu, la ce vârstă au maximum de eficienţă? Prin eficienţă înţelegem aci, câştigul net în număr, care rezultă din activitatea femeilor ca unităţi de reproducere, în cursul căreia activităţi, multe femei vor da naştere la copii, iar unele vor muri.



Graficea Nr. 5.

Bazat pe acest principiu, Pearl R., a propus un indice vital deosebit de cel simplu, tratat în capitolul precedent, şi crede că prin el putem să ne dăm seama şi mai precis de vigoarea biologică a unui neam.

Indicele vital specific pe vârstă pentru femei este raportul dintre numărul femeilor căsătorite sau necăsătorite, moarte, grupate pe vârstă şi numărul naşterilor repartizate după vârsta mamei, grupate în aceleaşi grupe de vârstă ca şi femeile decedate. In acest raport se ţine seamă ca unitate de reproducere de sexul femenin numai de o anumită vârstă 10—54 ani.

Pentru a avea posibilitatea să judecăm mai bine starea şi mersul indicelui vital specific în oraşul Sibiu, redăm mai jos date din Statele Unite[1]) anul 1919 şi din Japonia[2]) anul 1925 (Tabl. Nr. 6).

Grupe de vârstă	Indicele vital pentru femeile născute în		Grupe de vârstă	Indicele vital pentru femeile născute în	
	U. S. A.	Japonia		U. S. A.	Japonia
10—14	7.82	—	35—39	958.58	1597.3
15—19	992.50	380.0	40—44	355.71	657.9
20—24	2183.87	1962.3	45—49	31.73	80.0
25—29	1899.67	2530.0	50—54	.62	1.7
30—34	1411.81	2263.1	55 şi peste	.03	—

Pearl, în urma calculării indicelui vital specific pentru femei în Statele Unite, a tras concluzia, că femeile născute în America sunt mai puţin fertile decât femeile cari sunt născute în alte continente. La fel dacă observăm diferenţa dintre coloanele tabloului de mai sus, reiese, că japonezele au un indice vital specific mai urcat decât femeile din Statele Unite. Cele din Statele Unite au capacitatea de reproducere la vârsta 15–19 şi 20—24 ani mai urcată decât japonezele, dar o au mai diminuată în celelalte grupe de vârstă, chiar foarte scăzută dela vârsta de 30 ani încolo.

Pentru municipiul Sibiu, am calculat indicele vital specific pe anii 1921—22 şi 1931—32, ţinând seamă de următoarele neamuri: români, saşi, alte neamuri.

In tablourile cari urmează (Nr. 7 şi 8) redăm cifrele obţinute.

Indicele vital specific pentru femei în oraşul Sibiu (1921—22) Tabl. Nr. 7.

Grupe de vârstă	Nr. născuţilor în anii 1921-22				Nr. femeilor moarte în anii 1921—22				Indicele vital specific la 100
	Total	Români	Germani	Alte neamuri	Total	Români	Germani	Alte neamuri	
15—19	95	48	28	19	18	6	6	6	527·8
20—24	526	205	227	94	23	5	9	9	2286·9
25—29	619	192	320	107	23	9	9	5	2691·3
30—34	348	122	167	59	14	4	8	2	2485·7
35—39	171	61	88	22	19	6	9	4	900·0
40—44	67	23	29	15	15	3	11	1	446·7
45—49	4	2	2	—	16	8	8	—	25·0
Total gen.	1830	653	861	316	128	41	60	27	1429·7

[1]) Pearl, R.: Medical Biornetry and Statistic. Phyladelphia 1930.

[2]) Leblanc Th. J.: Specific vital indices for Japan 1923. Human Biology, May, 1939.

Indicele vital specific pentru femei în oraşul Sibiu (1931—32). Tabl. Nr. 8.

Grupe de vârstă	Nr. naşterilor în anii 1931-32				Nr. femeilor moarte în anii 1931—32				Indicele vital pentru total
	Total	Ro-mâni	Ger-mani	Alte nea-muri	Total	Ro-mâni	Ger-mani	Alte nea-muri	
15—19	116	63	35	18	12	5	6	1	966·7
20—24	514	244	180	90	26	12	8	6	1976·9
25—29	517	219	202	96	21	6	8	7	2461·9
30—34	303	142	111	50	19	9	6	4	1594·7
35—39	158	69	65	24	20	5	11	4	790·0
40—44	49	30	14	5	17	6	11	0	288·2
45—49	6	3	2	1	15	3	11	1	40·0
Total gen.	1663	770	609	284	130	46	61	23	1279·2

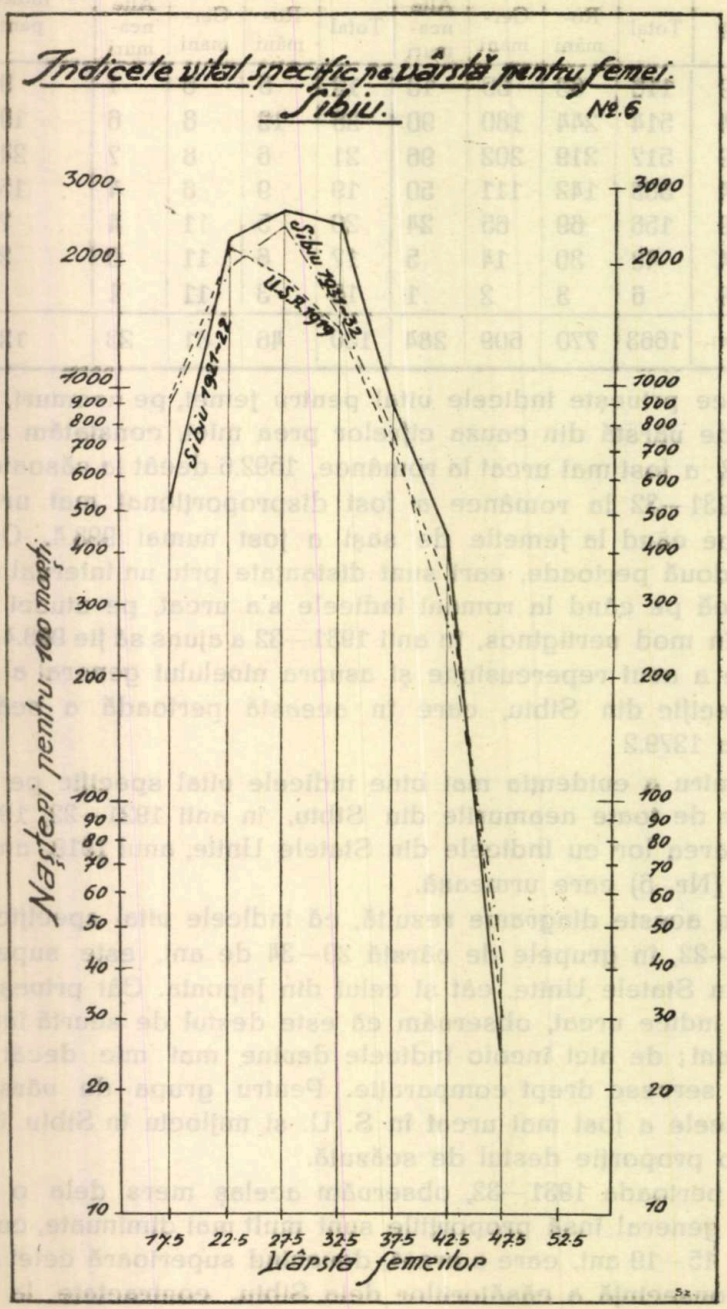
In ce priveşte indicele vital pentru femei, pe neamuri, neţinând seamă de vârstă din cauza cifrelor prea mici, constatăm că în anii 1921—22, a fost mai urcat la românce, 1592.6 decât la săsoaice 1435.0, iar în 1931—32 la românce a fost disproporţionat mai urcat, fiind 1673.9, pe când la femeile de saşi a fost numai 998.4. Observând aceste două perioade, cari sunt distanţate prin un interval de 10 ani, vedem că pe când la români indicele s'a urcat, pe atunci la saşi a scăzut în mod vertiginos, în anii 1931—32 a ajuns să fie 998.4. Această scădere a avut repercusiune şi asupra nivelului general al indicelui vital specific din Sibiu, care în această perioadă a scăzut dela 1429.7 la 1279.2

Pentru a evidenţia mai bine indicele vital specific pe vârstă al femeilor de toate neamurile din Sibiu, în anii 1921—22, 1931—32 şi compararea lor cu indicele din Statele Unite, anul 1919, am întocmit grafica (Nr. 6) care urmează.

Din aceste diagrame rezultă, că indicele vital specific în Sibiu, în 1921—22, în grupele de vârstă 20—34 de ani, este superior atât celui din Statele Unite, cât şi celui din Japonia. Cât priveşte durata acestui indice urcat, observăm că este destul de scurtă între vârsta 35—39 ani; de aici încolo indicele devine mai mic decât în ţările cari ne servesc drept comparaţie. Pentru grupa de vârstă 15—19 ani indicele a fost mai urcat în S. U. şi mijlociu în Sibiu, în Japonia având o proporţie destul de scăzută.

In perioada 1931—32, observăm acelaş mers dela o vârstă la alta, în general însă proporţiile sunt mult mai diminuate, cu excepţia vârstei, 15—19 ani, care a urcat, devenind superioară celei din S. U., drept consecinţă a căsătoriilor dela Sibiu, contractate la o vârstă mai mică. Indicele vital în această perioadă de 10 ani, în grupa de

vârstă dela 30—34 ani, îndeosebi la saşi (vezi cifrele pe neamuri) a diminuat enorm, starea care nu o putem explica şi care ar merita o investigaţie specială în Sibiu.



Grafica Nr. 6.

Concluzii.

1. Indicele vital, în Vechiul Regat între anii 1900—1915 şi în România în perioada 1930—1933, s'a menţinut la un nivel constant ocupând loc în mijlocul ţărilor cari au acest indice urcat.

2. In România, mediul urban are un indice vital mai scăzut decât cel rural, situaţie inversă celei din Statele Unite. Creşterea efectivă a populaţiei urbane prin urmare se face numai într'o proporţie foarte mică pe cale naturală, calea importantă fiind prin imigrări dela sate la oraşe.

3. Dintre provincii, Moldova şi Dobrogea au indicele cel mai urcat. Ardealul şi în special Banatul îl are cel mai scăzut. In 1932 Banatul a suferit o pierdere de populaţie, indicele l-a avut sub 100.

4. In România, indicele vital este cel mai urcat în sezonul de vară.

5. Românii după Ruşi şi Ucrainieni au cel mai urcat indice vital printre neamurile conlocuitoare nouă, iar Germanii, Ungurii şi Evreii îl au cel mai diminuat.

6. In municipiul Sibiu, româncele au avut indicele vital specific mai urcat decât săsoaicele, atât în 1921—22, cât şi în 1931—32.

7. Indicele vital specific pe vârstă în Sibiu, în această perioadă de 10 ani, în general a diminuat. Deşi la români a avut o uşoară urcare, totuşi scăderea vertiginoasă dela saşi a influenţat atât de mult, încât urcarea dela români nu a fost suficientă ca să menţină indicele la acelaş nivel.

8. Faţă de Statele Unite, anul 1919 şi Japonia, anul 1925, indicele vital specific din Sibiu, în perioada 1921—22 a fost mai urcat.

Serviciul neuro-psichiatric al Spitalului Diciosânmărtin.

Consideraţiuni asupra unui caz de hemibalizm

de **Dr. Mareş Cahane** şi **Dr. Tatiana Cahane.**

Din grupul mare al hemicoreelor Von Economo în 1910, Fischer 1911 au desprins syndromul de hemibalizme.

In urmă au venit alte observaţii clinice, ale lui Pette (1922), Chavany (1926), iar mai recent Iakob, Purdon Martin, Wenderowic, Matzdorf, Lhermitte, Pagniez etc. Ultimii autori şi mai ales Pelnar şi Sikl, Warner, Niessl von Mayendorf, Haskovec, Guillain şi Mollaret etc., au adus contribuţii însemnate din punct de vedere anatomo-patologic.

Având ocazia să observăm un caz de hemibalizm, credem interesant să redăm istoricul bolnavului.

Bolnavul Orban I., de 48 ani, intră în Spital cu diagnosticul de paralizie generală.

Antecedentele heredo-colaterale cât şi istoricul boalei nu le putem cunoaşte, iar pe spusele bolnavului nu putem pune bază.

Examen somatic: Tegumentele sunt uscate, sbârcite, palide. Ţesutul celulo-grăsos: redus. Talia 1,61 m. Facies senil. Indicele cefalic: subbrahicefal 83. Diametrul antero-post 18, transvers 15. Semicirconferinţa craniană, dreaptă şi stângă, egale.

Faţa simetrică dar atonă, şanţurile genio-naso-labiale şterse. Bolta palatină: ogivală. Urechile apropiate de craniu, tuberculul lui Darwin schiţat. Glanda tiroidă: nepalpabilă. Toracele îngust. Abdomenul excavat. Nimic deosebit din partea membrelor superioare şi inferioare.

Constituţie asthenică.

Reflexele conjunctivale şi corneene păstrate. Pupilele sunt în mioză, inegalitate pupilară, reflexul fotomotor şi la acomodaţie este întârziat.

Reflexele tendinoase şi periosto-tendinoase uşor exagerate.

Sensibilitatea este păstrată. Bolnavul prezintă mişcări de masticaţie şi ticul pastilei.

Examen psihic: Bolnavul este liniştit, se prezintă cu un deficit psihic vădit. Nu este orientat în timp şi spaţiu cât şi la persoana proprie. Dă răspunsuri absurde şi lipsite de spirit critic. Prezintă turburări mari de memorie, mai compromisă este memoria de fixare. Calculul mintal cu cifre mici nu-l poate face. Afectivitatea cu totul redusă, nu întreabă niciodată de copiii lui. Abulie, lipsă de orice iniţiativă.

Greşeli caligrafice şi psichografice. Logoclonie, dizartria nu este pronunţată.

Reacţiile în sânge şi lichid cefalo-rachidian intens pozitive.

15/II. După aproximativ 5 luni dela internare bolnavul prezintă un ictus. Urmează o hemiplegie stângă, în acelaş timp constatăm că braţul drept este animat de mişcări coreice. In timpul când se fac mişcările coreice braţul se pune în rotaţie internă astfel că se răsuceşte îndărătul corpului. Mâna se flexează pe antebraţ, care la rândul lui este flexat pe braţ. Notăm mişcări atetozice ale degetelor mâinei.

Cu toate că mâna păstrează această poziţie incomodă, mişcările coreice perzistă tot timpul.

Mişcările voluntare sunt păstrate, bolnavul poate da membrului atitudinea ce o doreşte. Mişcările degetelor sunt reduse, ataxice şi chiar apraxice.

Sensibilitatea termică, dureroasă şi tactilă este redusă.

Reflexul periosto-radial este abolit de asemenea cel triciptal. Mai notăm poziţia capului, uşor rotat şi înclinat spre dreapta. Muşchii gâtului, sternocleidomastoidianul şi pielosul uşor contractaţi. In acelaş timp constatăm o hemiplegie stângă. Semnul lui Sabinsky şi clonusul rotulei şi al piciorului sunt prezente la membrul inferior stâng. La membrul inferior drept nu găsim semnul lui Babinsky, dar găsim o schiţă de clonus al rotulei. Reflexele rotuliene exagerate la ambele membre. Nu se găsesc tulburări nete în ce priveşte senzibilitatea termică şi generală.

Această situaţie a durat 15 zile, după care bolnavul a sucombat din cauza insuficienţei cardiace.

La autopsie am găsit o congestie în toate viscerele dar mai ales în ficat. Cordul a prezentat o insuficienţă a valvulelor mitrale, aorta era dilatată.

Creerul cu meningele puternic îngroşate nu prezenta nimic particular pe suprafaţă. In hemisferul drept găsim un ramolisment de mărimea unei nuci. Ramolismentul de culoare galbenă este subcortical şi bine delimitat de ţesutul sănătos. Corespunde zonei prero-

landice şi ocupă partea anterioară a capsulei interne în treimea anterioară a creerului, respectă putamenul şi globul palidus şi se întinde către capul nucleului caudat.

In hemisferul stâng nu găsim de aceeaş parte nimic deosebit.

In regiunea hipotalamică ceva mai sus de locus niger şi către partea posterioară a capsulei interne observăm un număr de puncte hemoragice. Aceasta ar corespunde zonei lui Luys. Urmează să studiem din punct de vedere histologic secţiunile microscopice din această regiune.

In rezumat este vorba de un paralitic general care în urma unui ictus prezintă o hemiplegie stângă, iar membrul superior drept este animat de mişcări coreice cu păstrarea mişcărilor voluntare şi cu scăderea reflexelor. După cum vedem este vorba de un caz de hemibalizm, care îmbracă caracterele fundamentale ale syndromului.

Din punct de vedere anatomo-patologic se cunosc de mult leziunile descrise în coree şi hemicoree. Leziunile cele mai importante s'au găsit în nucleii cenuşii centrali, mai ales erau interesaţi putamenul şi globus palidus (Anton, Alzheimer, Marie, Lhermitte, Vogt, Claude, Tretiakoff, Urechia şi Elekes, etc.) Leziuni mai puţin importante s'au găsit în scoarţa cerebrală, nucleul amigdalian (Anglade), olivele cerebeloase (André Thomas) pedonculul cerebelos superior, câmpul lui Forel, ansa lenticulară, locus niger, corpul lui Luys. (Bonhoeffer, Bremme, Haskowec, etc.)

Constatările anatomo-patologice făcute de Von Economo şi mai târziu de Fischer în cazurile lor de hemibalizm au arătat că leziunea cea mai însemnată era o hemoragie în regiunea corpului lui Luys, de partea opusă, s'au mai găsit însă şi leziuni în scoarţa cerebrală, creeraş, locus niger şi nucleul roşu. Datele ulterioare ne arată că în cazurile de hemibalizm, Pelnar şi Sikl găsesc o leziune netă a corpului lui Luys. Wenderowic a observat un ramolisment care interesa braţul posterior al capsulei interne aproape de corpul lui Luys.

Purdon Martin, într'o observaţie personală face cunoscut un bolnav, care a prezentat o hemicoree intensă survenind brusc, cu mişcări de mare amplitudine şi care s'a terminat cu moartea bolnavului, după 24 ore. Pe lângă hemoragia însemnată din corpul lui Luys, s'au mai găsit alteraţiuni în capsula internă, fasciculul lenticular al lui Forel, thalamus, protuberanţa şi nucleii dinţaţi.

Cu această ocazie revăzând 12 cazuri de hemibalizm publicate până în 1927, autorul a putut nota că de 10 ori autorii respectivi

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE **RENÉ DUNOD** 103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

Preţ		Compoziţia	Indicaţia
1/1 110·—	**Arsotal** drageuri	Acid. Arsen. Extr. Nux. vom. Guajacol. carb. Ferr. lactic.	Anemie, Leucemie, Debilitate, Astenie, Neurastenie, Cloroză, Reconvalescenţă.
85·—	**Bronchotiofan** syr.	Ephedrin, Bromoform, Coff. Natr. benz., Thyocol, Princip. activi din Senega şi Aconit	Bronşite, Catar pulm., Pneumonie, Tracheită, Laringită.
66·—	**Ipecodal** gbl.	Codein phosph. Plv. Doweri Acid. Acetylo.	Anghină pectorală, Bronşite, Tuse rebele.
134·—	**Pulmorobin** syr.	Codein phosph. Dionin syn. Extr. Aconit „ Chinae Guajacol lichid Kal. sulfoguajacol. Calc. glycerophosph. Calc. lactophosph.	Tuberculoză, Bronşită acută, Catar pulmonar.

Laborator Farm. „HYGEA“ Cluj

au găsit leziuni însemnate în corpul lui Luys, iar numai în 2 cazuri leziunea se găsea la nivelul decusaţiei pedonculelor cerebeloase superioare.

Krukonski într'un caz de tumoare a nucleilor bazilari a observat tremurături de mare amplitudine apropiindu-se de hemibalizm. Iakob a putut nota o hemoragie localizată de o parte în corpul lui Luys, fasciculele lui Forel erau dislocate.

Din contră Austregesilo Filho şi Ary Borgeo Fortes, într'un caz de hemicoree cu mişcări foarte intense au găsit ramolismente în scoarţa cerebrală fără alterarea nucleilor centrali sau a regiunei subòptice.

Jernutowicz practicând examenul radiologic într'un caz de hemibalizm a putut constata un focar de calificaţie, care se găsea ceva mai sus de corpul lui Luys.

Van Bogaert într'un caz de hemibalizm datorit leziunei corpului lui Luys a putut nota de asemenea şi tulburări mintale.

Recent Bertrand şi Garcin au observat la un bolnav atins de hemibalizm că prezintă hemicoree excesivă cu mişcări atetozice, ipotonie şi tulburări mintale. La acelaş bolnav se putea observa şi un oedem al măinei. La autopsie s'au găsit leziuni degenerative localizate la corpul lui Luys şi în zona incertă.

Lhermitte, de Massary şi Abessard prezintă un bolnav care de 6 ani, după un ictus prezintă o hemicoree dreaptă pură, fără semne piramidale, sensitive, cerebeloase sau psihice; autorii conchid la existenţa probabilă a unui focar de ramoliţie subtalamic stâng, interesând corpul sau fibrele ansei lenticulare. (1 Dec. 1932 Soc. Neurol.)

In literatura română în afară de cazurile clinice de hemibalizm, publicate de Grigorescu şi Axente, Paulian şi elevii săi trebue să amintim frumoasele lucrări asupra corpului lui Luys făcute de I. Niculescu.

Terapeutica gazaţilor.

de Medic Maior **Dr. Od. Apostol**
Medic şef al flotilei aviaţiei de gardă.

I.

Definiţie. *Gaz asfixiant,* gaz de luptă sau de răsboiu, e o substanţă chimică capabilă să fie redusă în foarte mici părticele, dacă e lichidă sau solidă şi care răspândită în atmosferă, să producă turburări sau moartea oamenilor şi animalelor, cu scopul de a slăbi puterea armată a inamicului sau a-l demoraliza.

Gazare este totalitatea acţiunilor biochimice şi fiziologice particulare a gazelor de luptă, asupra omului şi animalelor.

Factorii care favorizează gazarea sunt astfel enunţaţi:

A) Factori *topografici.*

B) Factori *meteorologici.*

C) *Concentraţia* gazului în momentul emisiunei din aparatele sau dispozitivele speciale.

D) *Puritatea* gazelor de luptă.

E) *Gradul* de rezistenţă biofiziologică individuală.

In cazul de faţă pe noi ne interesează numai ultimii 3 factori.

C) *Concentraţia gazului* de luptă e o noţiune care ne arată cantitatea de substanţe chimice speciale, socotite în grame sau subdiviziuni, pe m. c. de aer atmosferic. De factorul acesta depinde şi *gradul de toxicitate* al gazului de luptă respectiv.

Intre concentraţia şi toxicitatea unui gaz de luptă există o corelaţie strânsă, exprimată printr'un raport direct proporţional.

Determinarea toxicităţii se face în laboratoare speciale de fiziologie, unde se stabileşte şi *Doza toxică* pentru fiecare gaz în parte. *Prin doză toxică înţelegem concentraţia unei substanţe chimice exprimată în grame sau subdiviziuni, pe m. c. necesară a ucide în 48 ore un câine după 30 minute de viefuire continuă într'o atmosferă cu gaze de luptă, toxice.*

D) In practică multe din gazele de luptă sunt *amestecuri* de gaze. Procedeul acesta favorizează acţiunea toxică şi volatilitatea substanţelor chimice speciale.

E) *Gradul* de rezistenţă biofiziologică individuală depinde de:

a) Starea *fizică* a individului;

b) Starea sa *morală*;

c) Raportul de *solubilitate* al gazelor de luptă în lipoizi;

d) Reacţiunea de *descompunere* hidrolitică a gazelor de luptă în intimitatea celulară.

Luând în considerare efectele rele ale gazelor de luptă asupra organismului animal, suntem siliţi a ne ocupa de *BIOFIZIOLOGIA* acestor gaze.

Capitolul acesta este foarte complex.

A) Unele gaze de luptă diminuă sau suprimă bruse funcţiunea *respiratorie*, producând un proces simplu sau mai complicat, de *sufocaţie* şi *asfixie*.

B) Altele au o acţiune *vezicantă*, *iritantă*, asupra **învelişului cutanat şi mucoaselor.**

C) Altele lucrează ca *toxice generale* asupra *sângelui şi sistemului nervos.*

D) Unele produc *lăcrămare*, altele în fine

E) produc *nausea* şi *F) strănut.*

Unele din aceste gaze au efectele *trecătoare*, altele efecte *persistente*.

Sunt gaze care ucid *fulgerător*, iar altele în *timp*.

Cea mai practică şi pedagogică pentru noi *clasificare*, este cea franceză, bazată pe efectele lor *fiziopatologice*.

I. *GAZE SUFOCANTE-ASFIXIANTE*
1. Clorul
2. Fosgenul; Difosgenul
3. Palita.
4. Cloropicrina etc.

II. *GAZE VEZICANTE*
1. Yperita
2. Lewisita
3. Sedenita etc.

III. *GAZE IRITANTE*
A) *Lacrimogene*
1. Bromacetona
2. Cloracetona
3. Iodacetona etc.

B) *Strănutătoare* — Arsinele

C) *Greţoase* — N — Carbazol etc.

IV. *GAZE TOXICE GENERALE*
A) *nervoase* — a cianhidric
B) *sanghine* — oxid de Ca.

Să studiem pe rând fiecare categorie de gaze de luptă din punctul nostru de vedere.

* * *

I. *GAZELE SUFOCANTE-ASFIXIANTE* sau după terminologia engleză *pulmonoiritante* au următoarele caracteristice:

a) irită aparatul respirator începând cu porţiunile superioare ale căilor sale şi

b) distruge alveolele pulmonare favorizând edemul pulmonar.

Acţiunea secundară a acestor gaze e *lăcrămarea.*

Debutul unei gazări cu această categorie de gaze se caracterizează prin:

a) *Disritmie;* b) *anxietate;* c) *tuse;* d) *sufocaţie.*

După această fază simptomatologică apare o *perioadă de linişte aparentă,* apoi imediat, perioada *tragică,* alarmantă, caracterizată prin *edem pulmonar* albastru sau cenuşiu, *asfixie* şi *moarte* asemănătoare cu a *înnecatului.*

Doza mortală 0 gr. 1 pe mc. de aer omoară un om prin edem pulmonar în câteva zile; dela 0 gr. 1—7 gr. îl omoară imediat.

Leziunile anatomopatologice descrise în atari gazări sunt următoarele:

A) *Aparat respirator*
1. Mărirea volumului plămânilor,
2. Mărirea consistenţei lor,
3. Colorarea lor în vişiniu albastru,
4. Impuţinarea cantităţii de aer din parenhimul pulmonar,
5. Emfizem pulmonar,
6. Emoragii subpleurale,
7. Diminuarea calibrului alveolar,
8. Reacţie inflamatorie bronşică şi peribronşică,
9. Zone de necroză de coagulare,
10. Lichid pleural,
11. Focare de bronhopneumonie.

B) *Aparat circulator*
1. Dilataţia inimei drepte.
2. Dilataţia vaselor sanghine şi umplerea lor cu sânge,
3. Emoragii endocardice, mezenterice, cerebrale etc.,
4. Embolii, tromboze în membre.

C) *Abdomen*
Congestii pasive a viscerelor abdominale, dar mai ales a ficatului şi splinei.

D) *Creeri* — Congestii cu iperemie difuză şi cu multe focare emoragice în substanţa albă.
E) *Ochi* — Conjunctivită.
F) *Piele* — Emfizem subcutanat.

* * *

Cunoaşterea *formelor clinice* ne înlesneşte alegerea şi aplicarea cu succes a mijloacelor terapeutice.

Tabloul clinic cuprinde două categorii de simptome:

I-a categorie se caracterizează prin debut *violent* cu intensitate medie, gravă sau fulgerătoare, iar a II-a prin debut *insidios*.

Vom studia fiecare categorie în parte:

Prima categorie e *benignă*, a fost descrisă de *Dopter* şi cuprinde următoarele simptome:

1. Înţepături şi arsuri în gât; 2. Tuse chintoasă fără expectoraţie; 3. Astenie; 4. Palpitaţii; 5. Ameţeli; 6. Vâjâituri în urechi; 7. Iritaţii nazale; 8. Iritaţii laringeale; 9. Sufocaţie în timpul mersului; 10. Exagerarea reflexelor; 11. Agripnie; 12. Hyperemia mucoaselor; 13. Tahisfigmie; 14. Uşoară ascensiune termică; 15. Tendinţă la somn; 16. Nausea; 17. Vomismente; 18. Constipaţie; 19. Algii abdominale; 20. Cefalee; 21. Cianoză slabă; 22. Dispnee.

A doua categorie se caracterizează prin simptome foarte grave şi alarmante şi se întâlnesc la cei surprinşi noaptea şi fără măştile aplicate la timp.

Toate simptomele ce vi le-am descris până acum, la această a II-a categorie cresc până la o maximă intensitate. Individul gazat grav intră într'o stare de inconştienţă. Întâlnim: 1. Anxietate; 2. tanatofobie: 3. dispnee impresionantă; 4. respiraţie Cheyne-Stokes; 5. asfixie; 6. tuse dureroasă spasmodică cu ţipete şi vărsături; 7. expectoraţie spumoasă sanghinolentă; 8. edem pulmonar; 9) astenie profundă; 10. mers titubat; 11. onirism; 12. confuzie mintală; 13. hipertermia; 14. extremităţi reci cianozate; 15. moarte.

EVOLUŢIA acestor fenomene patologice între 3 zile—5 luni.

Mortalitatea este foarte frecventă printre pletorici, vechi emfizematoşi, alcoolici, obezi, tuberculoşi. Procentul morţilor variază dela 1,73%—30%.

Complicaţiile care se întâlnesc: 1. Scleroza pulmonară însoţită de bronşită cronică şi emfizem pulmonar; 2. forme pseudotuberculoase descrise de Achard şi Sergent; 3. Rinolaringotraheobronşite; 4. Crize astmateforme; 5. Adenopatii traheobronşice; 6. Emoptizii tardive; 7. Pleurezii.

Convalescența durează 2—5 luni și la unii e întreruptă de crize nocturne astmateforme, hiperhemoglobinemie, eritrocitoză, diminuarea CO^2 în aerul alveolar, hiperaciditate sanghină; bradicardie 40—50 pe minut. Nu se cunoaște explicația acestei bradicardii care de altfel marchează începutul convalescenței.

Terapeutica gazaților.

Ea nu este grea când cunoști: 1. mecanismul acțiunei biofiziologice a gazelor de luptă; 2. Când ai materialul și aparatele necesare pentru tratament; 3. Personal educat încă din timp de pace; 4. O echipă de oameni a căror grupuri sanghine le cunoști; 5. Când ai mijloace de transport și știi cum să-i transporți pe gazați și 6. când ai loc de spitalizarea gazaților.

Directiva terapeutică trebue cunoscută de toți medicii. E imperios necesară o unitate de vedere. Dintre gazați 90% fac complicații secundare prin prezența microbilor saprofiți, care eventual ajung din cauze endo sau exogene, virulenți.

Terapeutica gazaților va cuprinde: A) terapeutica *simptomatică* și B) *profilactică*.

In cazul gazaților cu gaze *sufocante-asfixiante* tratamentul se aplică prin:

I. *Directive generale imediate* și anume:

1. Scoaterea gazatului din zona de gaze și transportarea lui imediată cu mască, dacă n'o are și totdeauna culcat, la postul de prim ajutor medical; 2. Desbrăcarea și tunderea gazatului; 3. Trecerea hainelor și rufăriei la etuvă; a obiectelor de piele sau a blănurilor printr'o bae de vapori de apă sau spălarea lor cu apă Javel. Părul tuns se va arunca imediat în foc; 4. Baie caldă cu săpun; 5. Impedecarea oricărui efort; 6. Cazare într'o cameră încălzită la 18° C și foarte bine aerisită; 7. Venesecție (500—1000 cmc. sânge în 24 ore) sau ventuze scarificate; 8. Oxigenoterapie, 9. Cardiotonice: strofantină, cardiazol, sparteină, cafeină, ol. camforat, lobelină, coramin, camfachin, cafea turcească per os; 10. Coniac și rom în ceai sau cafea turcească. Din; 11. Transpulmină în injecții; 12. Inhalații cu amoniac 5% în alcool 60%; 13. Inj. cu urează 1 cmc. din sol 10% pentru fiecare 10 kgr. greutate corporală; 14. Inj. emetină; 15. Inj. ser fiziologic sau inj. intravenoase cu 5 cmc. pentru fiecare kgr. greutate corporală dintr'un amestec de glucoză 25% și gumă arabică 25%; 16. La fiecare 1/4 de oră până la obținerea efectului câte o linguriță de infuzie ipeca 3/50 sau 0 gr. 50 pulvere de ipeca (nu peste 5 gr.); 17. Ioduri de Sodiu sau de Potasiu; 18. Sirop de eter; 19. Codoform; 20. spă-

larea ochilor cu sol. 2% bicarbonat de sodiu; 21. Genoscopolamina; 22. Genatropina; 23. Sedol; 24. Uroformină; 25. Infuzii pectorale; 26. Gargare; 27. Regim lactovegetarian.

Nu se aplică: 1. *Transportul pe jos,* 2. *Respirația artificială,* 3. *Digitală,* 4. *Morfină* (în cazuri excepționale la gazații agitați dar cu cordul perfect și după trecerea crizelor, se admite Genomorfina, 5. *Piramidonul,* 6. *Fenacetina.*

Fumatul interzis. Efortul deasemenea.

Voies respiratoires

SIROP FAMEL
a base de Lactocréosote soluble

ACTION RAPIDE ET SÛRE

calme la toux
facilite l'expectoration
relève l'état général

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Ch. Taulegne, 11-13 strada Gh. Coșbuc Bucarest IV

Un caz de melano-sarcom al choroidei

de **Dr. M. Suciu-Sibianu,** şeful secţiei ochi, nas, gât şi urechi Amb. Policl. Braşov.

La 12 lanuarie se prezintă la consultaţiile noastre Vajda Mihai de 51 ani din com. Micloşoara, jud. Treiscaune, pentru a fi examinat ochiul său stâng, de care sufere de vre-un an de zile. O constituţie altfel robustă, în antecedentele colaterale şi individuale nimica deosebit important. A făcut sănătos întreg războiul, a fost prisonier în Turkestan 6 ani de zile, trăind tot acest timp de frica vreunei infecţii venerice complet abstinent, revenit acasă şi-a văzut silitor de gospodărie, e unul din cei mai buni gospodari ai comunei sale şi tatăl a 3 copii sănătoşi.

Acum un an a început să piardă vederea ochiului stâng, dar nici dureri n'a avut şi nici roşu nu i-a fost ochiul, aşa, că n'a dat prea mare importanţă boalei sale şi afară de Doctorul comunei care l-a tratat cu nişte picături n'a fost văzut până la noi de nici un specialist. In ziua examinării constatăm următoarele: Ochiul drept normal şi ca reacţie pupilară, şi ca fund de ochi, şi ca acuitate vizuală. Ochiul stâng cu percepţia luminoasă complet abolită, la lumina focală sinechie şi ocluzie completă pupilară, tensiunea globului la deget pare puţin ridicată faţă de tensiunea ochiului normal. La partea inferioară a irisului între orele 5—7, o pată neagră şi la privirea mai atentă se observă irisul pe tot acest interval atrofiat, puţin proeminent impins înainte. Atropina nu are absolut nici o influenţă şi nici injecţia subconjuntivală de adrenalină. Când a 2-a zi la transiluminaţia diasclerală nu obţinem nici o urmă de reflex roşu, convingerea noastră, că este vorba de o tumoră era făcută. Numai un glaucom ar mai fi putut da perderea completă a vederii cu abolirea şi a percepţiei luminoase afară bine înţeles de un traumatism aci complet exclus prin anamneză, dar nici un indiciu cât de mic despre vreun acces glaucomatos al ochiului. De ce fel de tumoră ar fi putut să fie vorba?

Un carcinom nu este decât metastatic şi mai mult concomitent cu cancerul sânului la femei. Un gliom al retinei nu-l avem decât la copii şi toate cazurile ce le-am văzut prezentau şi un pronunţat exoftalm ceeace nu era cazul la noi. O miopie intensă cu o deslipire a retinei nu venea de asemenea în considerare întrucât miopia este aproape întotdeauna bilaterală. Tuberculoza miliară de asemenea numai la copii dă uneori astfel de pierderi ale ochiului, la sifilis nu ne puteam gândi nu numai din cauza Wassermanului negativ, ci şi din cauză, că lipsea orice legătură între formele obicinuite ale leziunilor oculare sifilitice şi intre tabloul clinic al cazului nostru. Ne mai puteam gândi la un cisticerc subretinian, care însă este o afecţiune extrem de rară la noi şi care producând inflamaţiuni ale stratului uveal, produce şi dureri şi duce şi la atrofia bulbului, ceeace nu corespondea de loc cu anamneza cazului nostru. In schimb toate simptomele unui sarcom al choroidei, care evoluiază între 40—60 de ani în cele 4 faze cunoscute: a) *stadiul deslipirii retinei*, b) *stadiul de ipertonie cu opacifierea completă a cristalinului*, în care stadiu se pot prezenta şi durerile uneori, c) *stadiul perforaţiunei* în afară sau dealungul nervului optic sau în regiunea equatorială şi d) *stadiul difuziunei generale cu metastaze în ficat* mai ales şi *sfârşitul* letal.

Se punea deci chestiunea să procedăm fără pierdere de timp la enucleaţie spre a nu da timpul tumorei să evolueze în spre stadiul al 3-lea al perforaţiunei sclerei şi astfel să complicăm prin eventuala necesitate a unei exenteraţiuni a orbitei şi procedeul operatoriu şi prognoza quoad vitam a pacientului. Enucleaţia s'a făcut în anestezie generală de eter de câteva minute, toată operaţiunea durând exact 6 minute fără a mai sutura fundul de sac conjunctival, cum fac unii autori, sudură, care este departe de a fi absolut necesară.

După enucleaţie se observă macroscopic sclera complet intactă şi la secţiunea bulbului cu foarfecele, o tumoră neagră, dură la pipăit, ce cuprinde tot corpul vitros dela retină, până la corpul ciliar, în regiunea ora serata. La examenul microscopic, istologic executat de colegul Dr. Octavian Sonea dela Spit. Militar Braşov, examen făcut însă din cauza necesităţilor de tehnică la laboratorul de anatomie patologică al Spitalului Militar din Bucureşti, examen pentru care aduc aici vii mulţumite, sună aşa;

„Câmpurile microscopice sunt alcătuite în cea mai mare parte din elemente celulare de tip conjonctiv, de formă uşor ovalară sau rotundă dispuse fie masiv, cu celulele foarte apropiate unele de altele şi în prezenţa de abundent pigment melanic, fie constituind cordoane celulare orientate în mod variabil şi separate pe alocuri de fine fâşii de fibre colagene.

Alături de acestea se mai constată şi rare celule de talie foarte mare, de formă rotundă, uşor ovalară sau neregulată, de tip melanoblastic, fiind impregnate cu abundente masse de pigment melanic".

Rezultatul: Melanom al globului ocular de origine choroidiană.

Deci examenul istologic diagnostizând de asemenea un melanom al globului ocular de origine choroidiană, diagnosticul clinic al nostru a fost bine pus şi procedeul rapid operator perfect îndreptăţit.

Serviciul Chirurgical al Spitalului Public Satu-Mare.
Medic Primar: Dr. Bela Lükő.

Consideraţiuni asupra narcozei cu Avertin.

De **Dr. Damian Atanasie,** chirurg secundar.

Tendinţa de a găsi un bun mijloc pentru combaterea durerilor rezultate din diferitele manopere intervenţioniste este tot aşa de veche ca şi chirurgia însăşi.

Toate aceste cercetări au dus în sfârşit la aplicarea în practică a anesteziei generale pe deoparte, a celei locale de alta. După introducerea anesteziei locale în chirurgia generală s'a desemnat pe orizontul viitorului predominenţa exclusivă a acesteia şi abandonarea aproape completă a anesteziei generale, a narcozei. S'a întâmplat însă altfel.

Toţi cari operau în anestezia locală — aci înţeleg şi cea lombară — nu au putut să nu observe un mare inconvenient al acesteia care e şocul psihic. Cine a văzut şi a comparat vreodată starea generală (cord, sistem nervos) a unui bolnav suferind de Basedow înainte şi după întrarea lui în sala de operaţie, îşi va da seama ce înseamnă şocul psihic. In timpurile noastre numărul indivizilor, având un sistem nervos labil fiind mult mărit, suntem obligaţi să ţinem seamă de acest fel al şocului, care de foarte multeori este echivalentă în gravitate chiar cu şocul operator, dat fiindcă reduce considerabil rezistenţa globală şi forţa de rezervă a individului faţă de intervenţia chirurgicală. Un bolnav operat în anestezie locală e silit să vadă tot cortegiul pregătirilor preoperatorii, să asiste la toate preparativele şi conversaţiile personalului, la eventualele diferende dintre operator şi asistent — ce uneori sunt destul de răsunătoare — plus zăngănitul instrumentelor. Iată o serie de lucruri ce sunt în stare să producă bolnavului, o profundă nelinişte, încordare nervoasă. Dar de aceste inconveniente nu e ferit nici bolnavul care e pe cale să fie narcotizat: lupta lui cu masca de narcoză, toată faza de excitaţie cu fenomenele ei desagreabile îi produc senzaţii foarte penibile. Şi atunci s'a căutat modalitatea de a înlătura acest mare inconvenient al şocului psihic.

Introducerea în practică a anesteziei rectale şi a celei intravenoase a constituit incontestabil un mare pas înainte. Inconvenientele însă n'au întârziat să-şi facă apariţia. Dozajul nesigur, imposibilitatea individualizării dozelor şi a remedierii unui dozaj mai mare, toxic la narcozele intravenoase (cu eter după Burkhardt, Hagemann, Kümmel, cu Pernocton, cu Hedonal) au făcut ca ele să-şi găsească o aplicaţie restrânsă numai. La fel narcoza rectală cu eter (după Roux, Pirogoff, Arndt, Gwathmey şi Dumont) a fost compromisă prin multele accidente, atât locale, cât şi generale ca: colice, tenesme, diaree, proctite, necroze, colaps, leziuni hepatice, (circulaţia portală) etc.

Ideia însă a anesteziei rectale ca una ce se poate aplica comod, unde stadiul de excitaţie şi complicaţiunile cardiopulmonare sunt aproape absente, a îndreptat cercetările spre a găsi o substanţă ce să nu fie iritantă pentru mucoasa intestinală, să nu reproducă pericolele anesteziei generale şi totuşi în doză netoxică să provoace o stare de narcoză dacă nu complectă, măcar parţială bazală, susceptibilă de a fi complectată prin administrarea de mici cantităţi de alte narcotice eter, cloroform sau protoxid de azot.

Soluţia pare a fi fost găsită prin descoperirea substanţei numite „Avertin".

Începând cu data de 12 Nov. 1930 am introdus în serviciul nostru şi noi narcoza rectală cu Avertin. Până în prezent narcozele noastre de acest fel se cifrează aproape la 2500, număr considerabil şi în orice caz suficient pentru a trage oarecari concluzii asupra valorii acestui anestezic, asupra indicaţiilor şi contra indicaţiilor cât şi asupra modului de întrebuinţare.

Avertina a fost preparată de Willstätter şi Duisberg prin reducţia Cromalului cu drojdie. Ca structură chimică ea este un alcool tribom-etilic. Este o substanţă albă, cristalină, ce se topeşte la 80°, se disolvă în apă între 35°—37°. Dincolo de 40° în soluţie apoasă se descompune eliberând acid bromhidric. Rămâne o aldehidă dibromacetică, substanţă ce deja în doze mici produce necroze la mucoasa intestinală şi o fază de excitaţie, fapt de care trebue să ţinem seamă în prepararea soluţiei noastre pentru narcoză. Adăogarea alcoolului grăbeşte disolvarea avertinei şi în acelaş timp întârzie descompunerea ei, deaceea în practică — precum vom vedea imediat — se obişnueşte aceasta.

Proprietăţile farmacodinamice ale Avertinei au fost stabilite prin lungi şi temeinice experienţe pe animale. Iată rezultatele.

Avertina se absoarbe prin celulele mucoasei rectale şi sigmoidiene. Absorbţia ei este chiar mai rapidă decât a apei de soluţie

(Straub). Eliminarea o fac rinichii şi glandele sudoripare. In urmă se elimină cam 80% sub formă de combinaţiuni cu acidul glyconuric, acid care o face netoxică în circulaţie. Eliminarea de altfel e mai înceată ca absorbţia, se termină abia după 48 ore (Enderlen) până ce absorbţia după 20 minute e terminată. In decursul narcozei concentraţia sângelui în Avertină este de 6—9 miligrame la sută. (Sebening).

Ajungând în circulaţie Avertina — în doze de 0.07—0.08 pro kg. — acţionează asupra scoarţei cerebrale şi ca atare produce somnul şi trecerea în stare de narcoză. Influenţează precoce centrul respirator, fapt care se datoreşte hipotensiunei arteriale (Bender). Respiraţia e superficială şi frecventă, bolnavul devine uşor cianotic. Efectele asupra circulaţiei se rezumă la o scădere, foarte arareori urcare, a presiunei sanghine şi la o încetinire a pulsului. Asupra altor viscere Avertina nu are nici o acţiune notabilă, deşi unii autori în cazurile mortale au constatat degenerescenţa grasă a ficatului (Killian, Sauerbruch).

Fabrica „Bayer-Meister Lucius" pune în comerţ Avertina în două forme: solidă (Avertin fest) şi lichidă (Avertin flüssig). Un cm^3 Avertin flüssig conţine un gram Avertin fest. Avertina se poate administra pe cale rectală şi intravenoasă în soluţie de 3%. Calea intravenoasă nu e comoadă căci pe lângă o doză de 0.10 pro kg. la un individ de 70 kg. trebue să injectăm o cantitate de circa 230 cm^3 lichid timp de aproape 30 minute. In mod curent se foloseşte calea rectală.

Bolnavul se prepară în felul următor: în preziua operaţiei regim lactohidric, la amiazi un purgativ, seara o clismă. In dimineaţa operaţiei o injecţie de morfină, modiscop sau scopolamină. Aceasta cu jumătate ceas înainte de a începe narcoza. Clismă înaintea narcozei, deci în dimineaţa zilei de operaţie nu dăm pentruca mucoasa rectului şi sigmei să nu fie încărcată de lichid, fapt care ar reduce puterea de absorbţie a celulelor şi astfel absorbţia narcoticului s'ar încetini. Din contra la bolnavii deshidrataţi se administrează prealabil o infuzie subcutanată de ser, aceasta pentruca absorbţia să nu fie prea rapidă (Heysser).

Soluţia de Avertină se prepară recent, exact înainte de a proceda la narcoză. Intr'un cilindru gradat se pune Avertina, se adaugă circa 5 cm^3 alcool şi atâta apă *destilată* ca să obţinem o soluţie de 3%. Soluţia astfel preparată se pune într'o baie de apă până ce va avea o temperatură de 38°. După aceasta facem controlul soluţiei prin reacţia cu roşul de Congo. La vreo 5 cm^3 de soluţie

adăogăm 2—3 picături din roşul de Congo. Dacă soluţia rămâne roşie: e bună, dacă se colorează în albastru soluţia nu e bună, Avertina fiind descompusă în acid bromhidric şi aldehidă dibromacetică (cu proprietăţi caustice). Bolnavul e pus în poziţia orizontală şi introducem clisma cu ajutorul unui tub de cauciuc încet şi deodată.

Procedeul de „goutte à goutte" recomandat de unii pentru a preveni o absorbţie prea rapidă, o găsesc inutilă. La fel şi prepararea soluţiei cu mucilago de Salep (Nordmann), cu ser fiziologic (Drügg) sau cu Normosal (Lobmayer).

La 5—8 minute bolnavul începe să fie somnoros, cască, e abătut, răspunsurile lui sunt tărăgănate, confuze, spun că le vine un somn irezistibil, alţii devin euforici, au o logoree, femeile îşi povestesc intimităţile (se recomandă ca în cameră să nu fie de faţă membrii familiei). La 10—12 minute dispare reflexul cornean, pupilele sunt mici, respiraţia mai frecventă şi superficială, bolnavul devine cianotic, uneori palid şi la 20 minute bolnavul doarme.

Cam aşa ar fi mersul narcozei unde am găsit şi administrat tocmai doza suficientă pentru a-i produce o bună şi profundă narcoză. Dar din nefericire tocmai aci rezidă marele inconvenient al Avertinei: lipsa dozajului precis.

Dela începutul aplicării în practică a Avertinei s'au început cercetările şi discuţiile asupra chestiei dozajului. Azi rămâne stabilit că prin urcarea cantităţii introduse creşte şi riscul. Dozele întrebuinţate de autori variază între 0.05 şi 0.20 pro kg. Sennenwald a stabilit că cea mai mică doză activă e de 0.05 pro kg. Noi am întrebuinţat dela început doza de 0.08 pro kg. şi nu am depăşit-o nici odată.

Folosind constant aceeaşi doză am avut surprinderea să constatăm rezultate foarte variate. Unii dintre bolnavi dormeau profund, nu a fost nevoie de nici o complectare cu eter, alţii din contra nu dormeau de loc şi prezenţa Avertinei în organism era demonstrată doar prin cantitatea mai redusă a eterului folosit. Ne întrebam adeseori ce se întâmpla dacă administram o doză mai mare unui bolnav ce dormea deja şi în urma unei doze de 0.08. Văzând acestea trebue să spun că nu e voie să mărim sub nici un motiv doza şi să nu avem tendinţa să producem cu Avertina narcoza totală ci să ne mulţumim a ne servi de ea ca de un *admirabil narcotic de bază*.

Cazurile noastre se recrutau din toate vârstele (limita inferioară 16 ani, cea superioară 65) şi din ambele sexe. Femeile reacţionează mai bine la Avertină ca bărbaţii, indivizii graşi mai bine ca cei slabi,

probabil substanţele lipoide fixează mai bine Avertina. Bolnavii cu hipertiroidism şi Basedow nu dorm la Avertină, probabil toxinele tiroidiene fixează sau neutralizează Avertina, fapt confirmat prin aceea, că în cazurile de intoxicaţie cu Avertină (ultra dozaj) Thyrotoxina administrată subcutanat sistează prompt fenomenele toxice.

Am executat în narcoza cu Avertină toate intervenţiile curente exceptând cele de urgenţă unde stările de şoc, de anemie şi lipsa de pregătire ne-au constituit tot atâtea contraindicaţii. Narcozele le-am făcut în toate cazurile în salon, astfel încât bolnavii veneau în sala de operaţie deja adormiţi. La persoane mai sensibile, nervoase, dar mai ales la femei ne-am folosit de o mică farsă spunându-le că clisma ce primesc acum e o clismă medicamentoasă, necesară pentru pregătire şi le-am rugat ca să o reţină câteva minute. Intre timp bolnavul a adormit şi a fost transportat în sala de operaţie. Aci ţin să insist asupra unui fenomen observat de noi şi anume: bolnavii cari la 8—10 minute după clismă prezintă fibrilaţiuni la masetere nu vor dormi şi vor avea nevoie de o cantitate mai mare de eter. Noi cam în 70% a cazurilor a trebuit să complectăm narcoza cu eter, ceeace am făcut cu ajutorul aparatului Ombrédanne. Niciodată nu am avut nevoie spre aceasta de o cantitate mai mare *ca 50 gr. eter.* Somnul astfel obţinut durează cel puţin 2 ore după care bolnavii se trezesc puţin şi adorm din nou, trezindu-se complect abia seara. Ceeace e interesant e că bolnavii prezintă o amnezie retrogradă ce se începe cu administrarea clismei. Intr'un salon de bolnavi unde unul a fost narcotizat cu Avertin, toţi ceilalţi reclamă să fie adormiţi la fel achitând bucuros — chiar şi cei săraci — suma de 140—150 Lei cât e costul unei doze.

Bolnavii se trezesc uşor, lipseşte fluxul salivar, vărsăturile atât de penibile după alte narcoze constitue aci o raritate, fapt extrem de important în chirurgia gastrică. Broncho-pneumoniile sunt de asemeni foarte rare; am observat însă două cazuri de embolie postoperatorie, dintre care una mortală (într'un caz de hemicolectomie dreaptă pentru cancer ileo-cecal).

Accidentele narcozei sunt puţine folosind Avertina şi relativ uşor remediabile.

Cianoza în urma căderii mandibulei înapoi e frecventă, dispare însă imediat ce o luxăm înainte. Deaceea bolnavul trebue strict supraveghiat până în momentul trezirii complecte. Cianoza prin alterarea centrului respirator este un fenomen frecvent. Se combate prin administrarea analepticelor uzuale şi dacă acestea ar fi insuficiente avem la dispoziţie două mijloace admirabile: coramina (5

cm³ subcutan şi 5 cm³ intravenos) şi acidul carbonic combinat cu respiraţia artificială. Rezultate excelente obţinem şi cu o injecţie de lobelină.

Fenomenele de hipotensiune le combatem uşor prin suprarenină şi efedrină. Proctitele şi necrozele rectului se datoresză numai greşelilor de tehnică şi lipsei reacţiunei cu roşul de Congo.

Narcoza cu Avertină este indicată mai ales la intervenţiile pe cap şi gât unde trebue să tindem în mod excepţional chiar la „Vollnarkose" căci aci sterilitatea va fi mult avantajată prin lipsa narcotizorului şi a măştii de narcoză. De asemenea beneficiază mult de Avertină bolnavii nervoşi, cei cu afecţiuni cardio-pulmonare şi cei cu Basedow.

Contra-indicaţiuni formează afecţiunile renale grave (Gossmann, Kreuter, Nordmann), hepatice, stările de acidoză, de caşexie pronunţată şi tuberculoză pulmonară avansată.

In rezumat: cu respectarea riguroasă a tehnicei, a dozajului şi a contra-indicaţiunilor, Avertina este un foarte bun şi recomandabil anestezic de bază, dar numai de bază. Evident chirurgia are tendinţa continuă de a avea un anestezic cât se poate de bun; cercetări sunt şi vor fi până ce nu vom ajunge la găsirea narcoticului ideal.

KLIMAKTON

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Reprezentanță și Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, București VI.

Institutul de Anatomie descriptivă din Cluj şi Spitalul de boale mintale din Sibiu.

Contribuţiuni la studiul antropometric al capului la schizofrenice şi la maniace

de **Victor Preda**
Preparator al Institutului.

Cu toate că psichiatria prezintă un vast teren foarte propice măsurătorilor antropologice, până în prezent cercetările de acest fel au fost destul de reduse. Dintre cei cari au studiat structura corpului în raport cu diferitele maladii psichice, cei cari au dat o normă după care s'ar putea face aceste măsurători, au fost: Kretschmer (care a lucrat pe schizofrenici şi maniaci), Minkowska (care a lucrat asupra epilepticilor), Prof. Parhon, Derevici, Ewald ş. a. Ne vom opri asupra primului autor ca fiind unul ce a lucrat în direcţia lucrării de faţă.

In „Körperbau und Karakter", Kretschmer dă laturei pur antropometrice mai puţină importanţă, accentuând mai ales asupra felului de cercetare subiectiv, asupra aspectului general. Lucrarea de faţă se ocupă de această problemă numai din punct de vedere pur antropometric, căutând ca prin măsurătorile făcute să poată întrucâtva realiza descrierea unui tip constituţional maniacal şi a unui tip constituţional schizoid.

Cercetările au fost executate pe 40 de schizofrenice şi 35 de maniace, la cari s'a studiat forma craniului prin diametrele şi indicele craniene, precum şi forma feţii prin diametrele şi indicele faciale.

A) In ceeace priveşte diametrele craniene, Kretschmer se ocupă de diametrul antero-posterior maxim pentru care dă o medie de 171 mm. la maniace şi de 170 mm. la schizofrenice, precum şi de diametrul vertical auricular (calculat pe distanţa bregma-bazion) pentru care dă o medie de 193 mm. la schizofrenice şi de 191 mm. la maniace. Cum calculele noastre în ceeace priveşte acest ultim diametru au fost făcute pe distanţa bregma-tragion (aşa cum se obişnueşte de şcoala clujană de Antropologie) n'am putut controla decât datele date de Kretschmer pentru diametrul antero-posterior.

a) Diametrul antero-posterior maxim l-am găsit pentru schizofrenice variind între 157—191 mm., media fiind de *175 mm.*, iar pentru maniace variind între 166—192 mm. media fiind de *178 mm.* După cum vedem cifrele nu corespund exact cu ale lui Kretschmer dat fiind că acesta a examinat un alt număr de cazuri şi pe o rassă nordică, însă ne duc la aceeaş concluzie şi anume: Diametrul antero-posterior este mai mare la maniace decât la schizofrenice de unde o mai mare desvoltare a capului în direcţie antero-posterioară la maniace;

b) Diametrul transvers maxim variază la schizofrenice între 134—158 mm., media fiind de *146 mm.*, iar la maniace între 135—161 mm. media fiind de 149 mm. Din aceste date rezultă că desvoltarea în sens transversal a capului e mai mare la maniace decât la schizofrenice;

c) Diametrul vertical auricular variază la schizofrenice între 94—142 mm., media fiind de *120 mm.*, iar la maniace între 93—150 mm., media fiind de 124 mm. Vedem deci că şi în direcţie verticală maniacele au în medie o desvoltare mai mare a capului decât schizofrenicele;

d) Diametrul vertical total cefalic variază la schizofrenice între 170—250 mm., media fiind de *222 mm.*, iar la maniace între 208—254 mm., media fiind de *234 mm.* Clasificând datele obţinute după tabloul lui Saller (x—180-foarte mic, 181—199-mic, 200—219 mijlociu, 220—239 înalt, 240—x foarte înalt) obţinem la schizofrenice în 3 cazuri (7,5%) diametru foarte înalt, în 22 cazuri (55%) diametru înalt, în 14 cazuri (35%) un diametru mijlociu, în zero cazuri diametru mic şi într'un caz un diametru foarte mic. La maniace obţinem: în zero cazuri diametre foarte mici şi mici, în 3 cazuri (8,571%) un diametru mijlociu, în 28 cazuri (79,996%) un diametru înalt şi în 4 cazuri (11,428%) un diametru foarte înalt.

Din aceste date rezultă că în medie, diametrul vertical total cefalic este mai mare la maniace decât la schizofrenice. Prin clasificare vedem însă că atât maniacele, cât şi schizofrenicele se grupează printre diametrele înalte.

B) *Indicele craniene* ne arată la rândul lor deosebiri între forma capului la schizofrenice şi la maniace.

a) Indicele cefalic reprezentat la schizofrenice prin media 82,2 (cu variaţiuni între 72,2—98,1) iar la maniace prin media 83,8 (cu variaţiuni între 74,1—93,5) ne dă următorul tablou:

Schizofrenie		Manie	
dolicocefale . . .	2/5%	dolicocefale	1/2,857%
mesocefale	17/42,5%	mesocefale	8/22,856%

brachicefale . . . 12/30,0% brachicefale . . . 12/34.284%
hiperbrachicefale . 9/22,5% hiperbrachicefale . . 14/39,998%

din care se observă că la maniace forma predominantă este hiperbrachicefalia, iar la schizofrenice este mesocefalia. Acest tablou pune în evidenţă faptul (de altfel remarcat mai întâi de Kretschmer) că la schizofrenice craniile tind spre forma alungită (privită din norma superioară), iar la maniace mai mult spre forma lată;

b) Indicele vertico-longitudinal este la schizofrenice în medie de 68,3 (variind între 52,3—86,4), iar la maniace în medie de 70,5 (cu variaţii între 51,1—83,7). Făcând clasificarea acestor date obţinem:

Chamaecefale . . 2/5% Chamaecefale . . 3/8,571%
Ortocefale . . . . 9/22,5% Ortocefale 4/11,428%
Hipsicefale . . . 29/72,5% Hipsicefale . . . 28/79,996

Urmează deci că forma capului privită din norma laterală este hipsicefală, atât la maniace, cât şi la schizofrenice;

c) În ceeace priveşte indicele vertico-transversal am obţinut o medie de *84,7* la schizofrenice (cu variaţiuni între 64,9—97,0) şi de *85,5* la maniace (cu variaţiuni între 59,6—101,3). Clasificând tipurile avem următorul tablou:

Schizofrenie		*Manie*	
Tapeinocefale . . .	11/27,53%	Tapeinocefale . .	10/28,570%
Metriocefale . . .	13/32, 5%	Metriocefale . . .	5/14,285%
Acrocefale	16/40%	Acrocefale . . .	20/57,140%

din care rezultă predominanţa formelor înalte (privite din norma posterioară), atât la maniace, cât şi la schizofrenice.

C) *Diametrele faciale:*

a) Diametrele orizontale.

1. Diametrul bizigomatic variază la schizofrenice între 119—139 mm. media fiind *130 mm.*, iar la maniace între 123—148 media fiind *134 mm.*

Clasificând datele după tabloul lui Saller, obţinem:

	Schizofrenice	*Maniace*
diametru foarte îngust (x—120 mm) .	3/7, 5% . . .	0/0%
„ îngust (121—126 mm) . . .	15/36,5% . . .	7/19,999%
„ mijlociu (128—135 mm) . .	17/42,5% . . .	16/45,712%
„ larg (136—142 mm)	5/12,5% . . .	8/22,856%
„ foarte larg (143—x mm) . .	0/0% . . .	4/11,428%

Din acest tablou şi din datele de mai sus reiese că diametrul bizigomatic este mai mare la maniace şi deci acestea au faţa mai largă în porţiunea superioară, decât schizofrenicele. Totuşi atât ma-

maniacele, cât şi schizofrenicele se grupează în grupa diametrelor mijlocii, maniacele având tentinţă spre diametrele largi, iar schizofrenicele spre diametrele înguste.

2. Diametrul bigoniac variază la schizofrenice între 90—114 mm. media fiind 100 mm., iar la maniace între 94—118 mm. media fiind 110 mm. Urmează că faţa maniacelor este mai lată în porţiunea inferioară decât faţa schizofrenicelor. Cum diferenţa dintre diametrul bizigomatic şi cel bigoniac este mai mică la maniace, urmează că faţa maniacelor se apropie mai mult de forma pentagonală pe când a schizofrenicelor se apropie mai mult de forma ovală.

3. Diametrul frontal minim variază la schizofrenice între 100—120 mm. media fiind 105 mm., iar la maniace între 90—114 mm. media fiind 107 mm.;

b) Diametrele verticale.

1. Înălţimea fiziognomică a feţii (Diametrul Trichion-Gnation) variază la schizofrenice între 149—186 mm., media fiind 169 mm., iar la maniace între 150—195 mm., media fiind 170 mm. Clasificând aceste diametre obţinem:

	Schizofrenie	*Manie*
diametru foarte mic (x—149,9)	1/2,5%	0/0%
„ mic (150—159,9 mm)	4/10%	7/19,999%
„ mijlociu (160—169,9)	18/45,0%	8/22,856%
„ înalt (170—179,9)	14/35 %	15/42,855%
„ foarte înalt (180—x)	3/7,5 %	5/14,285%

Din examinarea mediei diametrelor şi a tabloului de mai sus, se poate vedea că înălţimea fiziognomică a feţii este mai mare la maniace şi că pe când schizofrenicele prezintă un procent mai mare printre diametrele mijlocii, maniacele prezintă un procent mai mare de diametre înalte.

2. Diametrul nasion-gnation sau înălţimea morfologică a feţii variază la schizofrenice între 85—122 mm., media fiind 109 mm. Clasificând datele obţinem:

	Schizofrenie	*Manie*
diametru foarte mic (x—102)	6/15%	4/11,428%
„ mic (103—107)	11/27,5%	7/19,999%
„ mijlociu (108—113)	9/22,5%	10/28,570%
„ foarte înalt (120—x)	1/2,5%	7/19,999%

Urmează deci că înălţimea morfologică este mai mare la schizofrenice şi pe când schizofrenicele au mai ales diametre înalte, maniacele se clasează mai ales în grupa diametrelor mijlocii.

3. Înălțimea frontală este diferența dintre cele două diametre de mai sus. Ea variază între 44—73 mm. la schizofrenice și 48—74 mm. la maniace. Media e de 59 mm, pentru schizofrenice și de 61 mm. pentru maniace. Fruntea este deci mai înaltă la maniace decât la schizofrenice.

Diametrele urechii.

a) Lungimea fiziognomică a urechii este la schizofrenice de 60 mm. în medie (cu variații între 48—70 mm.) și de 62 mm. în medie la maniace (cu variații între 55—74 mm.). Clasificând datele avem:

	Schizofrenie	*Manie*
ureche scurtă	(x—59) . . 19/47,5%	10/28,570%
„ mijlocie	(60—64) . . 14/35 %	15/42,855%
„ lungă	(65—x) . . . 7/17,5%	10/28,570%

din care se vede că urechea maniacelor este mai lungă decât a schizofrenicelor și faptul că pe când urechea maniacelor este o ureche mijlocie, cea a schizofrenicelor este o ureche scurtă;

b) Lărgimea fiziognomică a urechii este la schizofrenice de 31 mm. (variații între 24—47 mm.), iar la maniace tot 31 mm. (variații între 27—48). Făcând clasificarea obținem:

	Schizofrenie	*Maniace*
ureche îngustă	(x—28) . . 9/22,5%	4/11,428%
„ mijlocie	(29—34) . 23/57 %	21/59,997%
„ lată	(35—x) . . . 8/20 %	10/28,570%

c) Lungimea lobului { schizofrenice medie 14 mm. / maniace medie 14 mm.

Diametrele nasului.

a) Înălțimea nasului variază { schizofrenice 40—59 mm., media 52 mm. / maniace 42—67 mm., media 53 mm.

b) Lărgimea nasului variază { schizofrenice 27—39 mm., media 33 mm. / maniace 27—42 mm., media 33 mm.

c) Lungimea nasului variază { schizofrenice 42—63 mm., media 51 mm. / maniace 39—66 mm., media 49 mm.

d) Proecțiunea vârfului nasal variază { schizofrenice 12—26 mm., media 21 mm. / maniace 17—25 mm., media 20 mm.

Din aceste date tragem concluzia că nasul maniacelor este mai înalt, dar mai scurt decât al schizofrenicelor. Clasificarea pentru lungime și înălțime fiind: x—49 nas scurt, nas puțin înalt. 50—54, nas mijlociu ca înălțime și ca lungime. 55—x nas lung, nas înalt, urmează că maniacele au un nas scurt (în ceeace privește lungimea) și mijlociu în ceeace privește înălțimea, pe când schizofrenicele au un nas mijlociu, atât ca înălțime, cât și ca lungime.

Indicele faciale.

a) Indicele facial (Garson) care este raportul dintre diametrul nas-gn ori 100 cu diametrul bizigomatic, ne dă la schizofrenice variaţii între 69,12—102,60 cu media 85,7, iar la maniace variaţii între 68,8 —96,3 cu media 83,7. Clasificând datele obţinute avem:

Schizofrenie		*Manie*	
hipereuriprosop . .	5/12,5%	hipereuriprosop . .	10/28,570%
euriprosop	9/22,5%	euriprosop	8/22,856%
mesoprosop	14/37,5%	mesoprosop . . .	6/17,142%
leptoprosop	8/20,0%	leptoprosop . . .	8/22,856%
hiperleptoprosop . .	3/ 7,5%	hiperleptoprosop .	3/ 8,571%

De unde rezultă că maniacele se grupează cu predilecţie în grupa hipereuriprosop pe când schizofrenicele în grupa mesoprosop;

b) Indicele $= \frac{\text{diametrul nas-sto} \times 100}{\text{diametrul bizigomatic}}$ variază la schizofrenice între 46,0—62,4 cu media 53,6, iar la maniace între 44,3—71,3 cu media 53,3.

Clasificând obţinem:

Schizofrenie		*Manie*	
hipereurien	1/2, 5%	hipereurien . . .	5/14,285%
eurien	13/32,5%	eurien	8/22,856%
mesen	16/40,0%	mesen	7/19,999%
lepten	7/17,5%	lepten	11/31,427%
hiperlepten	3/ 7,5%	hiperlepten	4/11,428%

Schizofrenicele se grupează deci în grupa mesen, iar maniacele în grupa lepten;

c) Indicele jugomandibular (raportul dintre diametrul bigoniac şi cel bizigomatic) este în medie de 76,1 la schizofrenice (ceeace corespunde după tabela lui Saller unui raport mijlociu), iar la maniace de 78,2 (ceeace corespunde unui raport larg);

d) Indicele nasal variază la schizofrenice între 47,4—92,5, media fiind 62,0, iar la maniace între 45,8—82,9 media fiind 63,6.

Clasificând obţinem:

Schizofrenie		*Manie*	
hiperleptorrhin . . .	5/12,5%	hiperleptorrhin . .	7/19,999%
leptorrhin	28/70,0%	leptorrhin	18/51,416%
mesorrhin	6/15%	mesorrhin	6/17,142%
chamaerrhin	1/2,0%	chamaerrhin . . .	4/11,428%
hiperchamaerrhin . .	0/0%	hiperchamaerrhin .	0/0%

din care rezultă că, atât maniacele, cât şi schizofrenicele se grupează în grupa leptorrhin.

Concluzii:

Din cele expuse mai sus se poate întrevedea un tip constituţional maniacal şi unul schizoid.

a) Tipul constituţional schizoid.

Craniul: Mesocefal, Hipsicefal, Acrocefal.
diametrul antero-posterior maxim 175 mm.
„ transvers maxim 146 mm.
„ vertical auricular 120 mm.

Faţa: Mesoprosop, Mesen, Leptorrhin
Indicele jugomandibular mijlociu
Diametrul bizigomatic mijlociu
Înălţimea fiziognomică a feţii mijlocie
Înălţimea morfologică a feţii înaltă
„ frunţii mijlocie
Urechea scurtă, de o lărgime mijlocie
Nasul mijlociu ca înălţime şi lungime;

b) Tipul constituţional maniacal.

Craniul: Hiperbrachicefal, Hipsicefal, Acrocefal,
diametrul antero-posterior maxim 178 mm.
„ tranvers maxim 149 mm.
„ vertical auricular 124 mm.

Faţa: Hipereuriprosop, Lepten, Leptorrhin
Indicele jugomandibular larg
Diametrul bizigomatic mijlociu
Înălţimea fiziognomică a feţii înaltă
„ morfologică a feţii mijlocie
„ frunţii mijlocie.
Ureche mijlocie ca lungime şi lăţime
Nasul scurt, dar mijlociu ca înălţime.

Clinica Oftalmologică din Cluj
Director: Profesor Dr. D. Michail

Consideraţiuni asupra tratamentului adjuvant în Oftalmologie

de **Docent Dr. Petre Vancea**
şef de lucrări al clinicei

In patologia oculară există o serie întreagă de afecţiuni la baza cărora se găseşte o tulburare de nutriţie, sau cari sunt grefate pe un teren limfatic. Cel mai reprezentativ tip îl constitue „Blefaro-cherato-conjunctivita exematoasă". Această afecţiune este foarte răspândită la noi în ţară şi este considerată astăzi ca o manifestare a tuberculozei. Alături de ea trebuesc puse: cheratita parenchimatoasă, anumite sclerite, unele irite şi irido-ciclite şi mai toate afecţiunile de fund de ochiu. Din această concepţie patogenică rezultă în chip logic necesitatea ca, alături de tratamentul local, să se administreze în aceste afecţiuni şi un tratament general adjuvant.

Arsenalul terapeutic general, aplicabil acestor afecţiuni oculare se îmbogăţeşte zi de zi, într'un chip aşa de rapid încât specialistului practician poate îi este imposibil să se ţină la curent şi de regulă se pierde în noianul de specialităţi cu care este asaltat în fiecare zi. Pentru a evita acest lucru singura soluţie este aceea de a se fixa asupra unor medicamente care au făcut dovada valorii lor şi care au rezistat probei definitive a timpului. Şi lucrul este posibil, pentrucă studiul substanţelor pe care tradiţia, întâmplarea, sau nituiţia oamenilor, le-au indicat ca farmaco-dinamice active, ca şi studiul proceselor de imunitate, de „self-cure", au influenţat enorm, mai ales în anii din urmă, evoluţia farmaco-dinamiei. Sinteza ureei, realizată de Woehler, a orientat pe chimişti şi farmacişti către sinteza corpilor organici şi această preocupare formează caracteristica actuală a farmaco-dinamiei. Astăzi, farmaco-dinamia sintetică posedă metode precise, din toate punctele de vedere asemănătoare acelora utilizate în ştiinţele exacte, şi, graţie lor, s'a putut preciza că proprietăţile farmaco-dinamice ale unei substanţe sunt sub dependenţa modului de grupare al anumitor atomi, care îi conferă proprietăţi speciale.

Studiul farmaco-dinamic al arsenicului constitue cel mai frumos exemplu de evoluţie renovatoare, graţie metodelor farmaco-dinamiei sintetice. In special, asociaţiile arsenicale au permis obţinerea de medicamente cu efecte terapeutice mărite, în care arsenicul constitue baza unor asociaţii fericite, mai ales cu diferite medicamente tonice (fier, fosfaţi, glicero-fosfaţi, cola, chinină, etc.).

Colegul meu, Dr. V. Ciocănelea, şef de lucrări la „Farmacia Clinicilor Universitare" şi Directorul Laboratorului „Hygea", a pus în comerţ un preparat cu baza de arsenic, „Arsotal", care prin asocierea mai multor medicamente cu acţiune diferită permite obţinerea efectelor simultane a tuturor acestor medicamente. „Arsotalul Hygea", în compoziţia căruia intră arsenicul sub formă de anhidridă, ferul sub formă de lactat [$(C_3H_5O_3)$ 2Fe $3H_2O$], gaiacolul sub formă de carbonat [CO $(OC_6H_4—OCH_3)$ 2] şi extract de nucă vomica, constitue una din asociaţiile terapeutice cele mai raţionale, găsindu-şi o indicaţie precisă în toate anemiile cu ipoglobulie şi scăderea pronunţată a emoglobinei, în cazurile de depresiuni nervoase cu debilitate şi toate stările adinamice. Noi am administrat acest preparat în numeroase cazuri de cherato-conjunctivite exematoase cu o stare generală proastă şi în cheratita parenchimatoasă, ca adjuvant al tratamentului local. Rezultatele obţinute au întrecut cele mai optimiste aşteptări. Bolnavii au crescut în greutate, starea lor generală s'a ameliorat într'un timp scurt, iar evoluţia leziunilor locale a fost net influenţată de asociaţia „Arsotalului". Cercetarea formulei sanghine şi a emoglobinei, executată de Domnişoara Drd. Rusu Lavinia, preparatoare a clinicei, a evidenţiat o mărire a emoglobinei din sânge şi în unele cazuri şi a numărului ematiilor. In cele ce urmează dau în rezumat mai mult cu titlu documentativ două din aceste determinări.

Obs. 3. E. M. 18 ani, conjunctivită exematoasă A. O. cu ulcer cornean flictenular O. S. Tratamentul local: cauterizări cu nitrat de argint sol. 1%, atropina 1% şi precipitat galben de mercur 2%. Tratamentul general: „Arsotal Hygea". La începutul tratamentului bolnava avea o greutate corporală de 45 kgr. (8 Iulie), iar numărătoarea elementelor figurate ale sângelui a dat următoarele cifre:

globule roşii	4,800.000·—
globule albe	5.600·—
emoglobină (Sahli) .	0·52%

O săptămână mai târziu (16 Iulie), greutatea era de 46 kgr., iar numărătoarea globulelor sanghine a arătat:

globule roşii . . . . 4,750.000·—
globule albe . . . . 5.700·—
emoglobină . . . . 0·56%

La ieşirea din clinică (28 Iulie) afecţiunea sa oculară era complet vindecată, iar starea generală mulţumitoare: greutatea 48 kgr.,

globule roşii . . . . 4,950 000·—
globule albe . . . . 5.850·—
emoglobină . . . . 0·62%

Obs. 5. A. M. 17 ani, cheratită parenchimatoasă în faza de vascularizaţie. La intrarea în serviciu bolnavul avea o greutate corporală de 45 kgr.,

globule roşii . . . . 4,800.000·—
globule albe . . . . 8.200·—
emoglobină . . . . 0·60%

Zece zile mai târziu, greutatea corporală se urcase cu 700 gr., iar emoglobina crescuse cu 0.02. La ieşirea din serviciu, după şase săptămâni bolnavul avea o greutate de 46.5 kgr.,

globule roşii . . . . 4,800.000·—
globule albe . . . . 8.500·—
emoglobină . . . . 0·65%

In rezumat deci, „Arsotalul Hygea" utilizat ca adjuvant în boalele oculare se comportă ca *un puternic modificator al nutriţiei generale şi acţiunea sa se manifestă printr'o mărire a greutăţii corporale şi a forţelor fizice, excitarea poftei de mâncare şi printr'o urcare a cantităţii de emoglobină din sânge.*

Concomitent cu încercările terapeutice făcute cu „Arsotalul", am experimentat un alt preparat al colegului Dr. Ciocănelea, „Dynaminul", un tonic general prezentat sub forma de sirop. Uşor de administrat, mai ales la copii, „Dynaminul" este o asociaţie în compoziţia căruia intră *principii activi de nuca vomică şi cola acuminata*, care, după cum se ştie, sunt tonici nervoşi utili în stările adinamice generale (boalele infecţioase, convalescenţele, cardiopatiile), excitanţi ai stomacului şi stimulanţi ai apetitului, *efedrina*, cu o acţiune vaso-motorie mai constantă ca adrenalina, ca regulatoare a circulaţiei sanghine, în special în stările post operatorii de ipotonie generală, *cafeina*, ca stimulant energic şi rapid al sistemului nervos şi al aparatului circulator şi glicero-fosfatul şi lacto-fosfatul de calciu, ca modificatori ai nutriţiei şi tonici ai sistemului nervos.

Tratamentul cu „Dynamin" l-am instituit la 2—3 zile după internarea bolnavilor şi în general în cazurile grave în care tratamentul local obişnuit al blefaro-cherato-conjunctivitelor exematoase întârzia

să dea rezultatul dorit. In aceste condiţiuni, rezultatele obţinute apar ca frapante şi convingătoare. In mai toate cazurile, copiii îşi capătă voioşia caracteristică vârstei lor, nu mai fug de societatea altora, capătă poftă de mâncare şi cresc în greutate.

Starea oculară se ameliorează în primele zile dela instituirea tratamentului cu „Dynamin“ şi odată cu vindecarea leziunilor oculare încep să dispară exemele feţei şi nasului, exeme ce însoţesc cheratoconjunctivita exematoasă şi care uneori sunt foarte rebele la tratament. Din acest punct de vedere „Dynaminul“ se apropie ca acţiune terapeutică de untura de peşte cu ajutorul căreia am obţinut aceleaşi efecte.[1]) Cercetarea emoglobinei şi numărătoarea elementelor figurate ale sângelui ca şi în cazul „Arsotalului“, mi-a arătat o urcare a emoglobinei şi o mărire a numărului ematiilor.

In rezumat deci *se poate spune că atât „Arsotalul“, cât şi „Dynaminul“ Hygea constituesc preţioase adjuvante în tratamentul boalelor oculare la baza cărora se găseşte o tulburare de ordin general. Aceste preparate farmaceutice măresc apetitul şi dau bolnavilor o bună dispoziţie. Ele fac de asemenea să crească greutatea corpului şi accelerează cicatrizarea leziunilor oculare.*

---

[1]) Dr. P. Vancea, Huile de foie de morue dans le traitement de la kerato-conj. exemateuse. La Clinique Ophtalm. Juillet 1926.

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm :

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile: Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Date rezumative privitoare la anchetele medico-sociale din judeţul Sibiu.

Inainte de a comunica *rezultatele* detaliate ale examinărilor făcute în cursul anchetelor noastre medico-sociale şi mai înainte de a trage şi *concluziile* cari se impun din rezultatele acestor examinări, — socotim că este util de a prezenta mai întâi un *tablou rezumativ* al cercetărilor făcute. Este necesar acest lucru pentru a se cunoaşte *materialul documentar* pe care ne întemeiem constatările şi concluziile noastre şi pentru a se vedea totalizată şi munca depusă de corpul medical sibian la recoltarea acestui material.

Anchetele medico-sociale, iniţiate şi conduse de noi, au început în Noemvrie 1931, ele au continuat cu oareşcari întreruperi până în August 1934 şi se vor relua în luna Noemvrie 1934. Obiectul studiului nostru îl formează deci cercetările făcute în intervalul din Noemvrie 1931 până în August 1934, în care timp s'au examinat gospodăriile şi populaţia din 19 comune rurale dintre cele mai variate ca mărime, ca densitate de populaţie, ca situaţie geografică şi climatică şi diferite ca stare economică şi culturală a locuitorilor. Am ales intenţionat comunele cele mai diferite ca aspect geografic, economic şi cultural, pentru a ne câştiga o imagine cât mai reală asupra *mediei* standardului de sănătate şi de boală a populaţiei rurale dintr'un judeţ întreg fără să putem fi influenţaţi în concluziile noastre de consideraţii şi particularităţi de ordin local sau regional.

Din tabloul care urmează se poate cunoaşte numele comunelor examinate, situaţia lor geografică, naţionalitatea locuitorilor din comună, precum şi numărul şi procentul gospodăriilor şi al locuitorilor examinaţi în cursul anchetelor noastre.

Nr. curent	Numele comunei	Situaţia comunei	Naţionalitatea locuitorilor	Ocupaţia principală a locuitorilor	Nrul gospodăriilor din comună	Nrul locuitorilor din comună	Cifra gospodăriilor vizitate	Cifra populaţiei examinate	Procentul gospodăriilor vizitate	Procentul locuitorilor examinaţi	Observări
									%	%	
1	Veştem	Şes	Români	Agricultură 10% muncit. în fabrică	336	1.420	336	1.394	100	98.17	
2	Cisnădioara	Deluros	Saşi	Agricultură Pomărit	275	1.020	275	1.013	100	99.30	
3	Jina	Munte	Români	Oierit Pădurit	879	3.765	780	2.740	90	72.78	
4	Bungard	Deluros	Români	Agricultură Zarzavagii	221	782	221	744	100	95.15	
5	Sibiel	Munte	Români	Pădurit Pomicultură	256	1.054	230	703	90	66.29	
6	Cacova	Munte	Români	Pomărit Oierit	178	838	150	544	85	64.9	
7	Şelimbăr	Şes	Saşi Români	Agricultură	294	1.118	294	1.040	100	93.02	
8	Sebeşul de sus	Deluros	Români	Agricultură Comerţ	238	906	238	890	100	98.2	
9	Ludoş	Şes Deluros	Români	Agricultură Viticultură	489	2.330	460	1.709	93.8	73.35	
10	Săcel	Şes	Români	Agricultură Vite	193	820	188	701	97.5	85.49	
11	Tălmăcel	Munte	Români	Pădurit Vite	376	1.537	365	1.318	97	85.7	
12	Săsăuş	Deluros	Români	Agricultori	212	804	212	771	100	95.9	
13	Aciliu	Deluros	Români	Viticultură Agricultură	251	1.151	251	1.057	100	91.9	
14	Mag	Şes	Români	Agricultură	173	751	173	641	100	85.8	
15	Rusciori	Şes	Români Saşi	Agricultură	202	795	202	709	100	89.2	
16	Cărpiniş	Deluros Munte	Români	Viticultură Agricultură	236	873	236	825	100	94.5	
17	Cunţa	Şes	Români	Agricultură	141	609	141	564	100	90.1	
18	Gura-Râului	Munte	Români	Pădurit Agricultură	738	3.281	738	2.949	100	89.8	
19	Roşia de Secaş	Şes	Români	Agricultură Viticultură	300	1.386	300	1.278	100	92.3	Com. aparţine Jud. T.-Mică
	Total . .				5.988	25.240	5.790	21.590	96.7	85.53	

Din datele acestui tablou rezumativ rezultă că s'au făcut anchete medico-sociale în 19 comune rurale, dintre cari 7 comune de şes, 6 comune situate în regiune deluroasă şi 6 comune de munte. Sub raportul naţionalităţii locuitorilor din aceste comune, constatăm că

16 comune dispun de populaţie curat românească, 2 comune populaţie mixtă compusă din saşi şi români şi 1 comună cu populaţie curat săsească. In rubrica a 3-a din tablou este arătată ocupaţia principală a locuitorilor din comună, cari în majoritatea lor se îndeletnicesc cu agricultura, iar în comunele de munte cu exploatarea lemnului, cu creşterea vitelor şi cu oieritul.

Din totalul de 5988 de gospodării şi 25.240 de locuitori din aceste 19 comune, — au fost vizitate de către medicii anchetatori 5790 de gospodării adecă 96,7% din total şi 21.590 de locuitori adecă 85,53% din totalitatea locuitorilor acestor comune, completându-se pentru fiecare persoană în parte câte o *fişe sanitară individuală* care cuprinde toate datele privitoare la situaţia gospodăriei din care face parte, precum şi însemnările medicilor privitoare la starea sanitară a individului.

Cele 21.590 de fişe sanitare individuale reprezintă abea 13,08% din totalul locuitorilor din întreg judeţul Sibiu, un procent mic încă pentru a putea trage concluzii definitive, considerând însă felul materialului recoltat, îl socotim totuşi pentru moment îndestulitor pentru a putea ajunge la concluziuni cât se poate de apropiate de adevăr în ceeace priveşte *media* standardului de sănătate şi de boală a populaţiunei rurale din acest judeţ.

Este interesant, credem, de a prezenta în acelaşi timp şi un tablou rezumativ asupra numărului personalului medical şi sanitar auxiliar care a participat până în prezent la anchetele noastre medico-sociale, precum şi o situaţie a numărului zilelor folosite pentru anchetă, a orelor de lucru socotite pe zile şi persoane, completându-le şi cu cifra globală a operaţiunilor mai importante.

Numărul curent	Numele comunei	In câte zile s'au examinat	Câţi medici au participat în total?	Câţi farmacişti	Câte surori de ocrotire şi personal sanitar auxiliar?	Câte reacţii Wassermann?	Câte examinări prin medici specialişti?	Câte extracţii dentare?	Câte doze de medicamente gratuite s'au eliberat?	Observări
1	Veştem	3	35	3	14	65	194	18	385	
2	Cisnădioara	2	32	2	12	9	130	106	138	
3	Jina	4	82	4	32	400	624	150	1034	
4	Bungard	1	15	1	4	26	89	145	136	
5	Sibiel	1	17	1	8	47	120	24	201	
6	Cacova	1	23	1	8	18	85	87	112	
7	Şelimbăr	1	19	1	7	13	68	36	112	

Numărul curent	Numele comunei	In câte zile s'au examinat	Câți medici au participat în total?	Câți farmaciști?	Câte surori de ocrotire și personal sanitar auxiliar?	Câte reacții Wassermann?	Câte examinări prin medici specialiști?	Câte extracții dentare?	Câte doze de medicamente gratuite s'au eliberat?	Observări
8	Sebeșul de sus	1	19	1	9	50	145	6	382	
9	Ludoș	2	36	2	12	41	261	87	426	
10	Săcel	1	21	1	7	21	169	79	216	
11	Tălmăcel	1	21	1	6	125	301	55	256	
12	Săsăuși	1	17	1	6	37	137	77	227	
13	Cărpiniș	1	16	1	5	64	172	62	312	
14	Aciliu	1	21	1	5	37	193	146	254	
15	Mag	1	16	1	6	27	110	46	246	
16	Rusciori	1	18	1	5	16	110	20	202	
17	Cunța	1	17	2	4	41	73	41	112	
18	Gura-Râului	3	94	4	22	229	696	520	1112	
19	Roșia de Secaș	1	28	1	8	52	210	12	588	Com. aparține Jud. T.-Mică
	Total . .	28				1318	3890	1717	6451	

Din acest tablou rezultă că anchetele medico-sociale în cele 19 comune rurale s'au executat în 28 zile de lucru cu echipa întreagă, ceeace socotit însă pe numărul persoanelor cari au participat la anchetă în aceste zile (medici și personal sanitar auxiliar), ne dă în total *729 zile de lucru* socotite pe o persoană cu total de 5832 ore de lucru.

In decursul acestor anchete medico-sociale pe lângă vizitarea celor 5790 de gospodării și pe lângă examinarea medicală a celor 21.590 de persoane fiecare având câte o fișe sanitară individuală, — s'au mai executat *1318 reacții Wassermann din sânge;* s'au dat *3890 de consultații de specialitate* de către medicii specialiști cari au completat echipa; s'au executat *1717 extracții dentare* și s'au executat și eliberat *în mod gratuit din farmacia echipei 6451 rețete* prescrise de medicii anchetatori sau medicii specialiști diferitelor persoane care aveau nevoe de tratament. In afară de aceste examinări s'au mai executat în total încă *590 diferite examinări de laborator* și reacții biologice.

Cheltuelile efective avute cu aceste anchete și examinări se urcă la *suma de 181.984,— Lei* care sumă s'a pus la dispoziția noastră cu o largă bunăvoință de către Fondul Sanitar al Județului Sibiu și Prefectura acestui județ. Din această sumă s'au acoperit în primul

rând cheltuelile de transport ale echipei, masa echipei şi costul medicamentelor distribuite cari în bună parte au fost procurate din comerţ, restul fiind primite din depozitele Ministerului Sănătăţii.

Munca depusă de către medicii anchetatori, medicii specialişti, farmacişti şi personalul sanitar auxiliar s'a executat în mod cu totul gratuit, nimeni neprimind nici un fel de onorariu; la fel tot în mod cu totul gratuit s'au executat şi toate analizele de laborator precum şi toate reacţiile biologice.

Dacă împărţim suma cheltuită asupra numărului de persoane examinate, fără să mai ţinem cont de munca depusă la vizitarea gospodăriilor, costul real al analizelor de laborator şi examinările medicilor specialişti, — revine *costul examinării unei persoane la suma de 8 Lei 43 bani.* Dacă am socoti însă valoarea în bani a muncii depuse de aceste echipe, calculând costul unei examinări simple la 50 Lei, a unei examinări de specialitate la numai 100 Lei, a unei analize de laborator la 100 Lei şi a unei extracţii dentare la suma minimală de 50 Lei am avea următoarea situaţie:

21.590	vizite medicale simple	Lei 1,079 500·—
3.890	consultaţii de specialitate . . . . „	389.000·—
1.318	analize Wassermann . . . . . „	131.800·—
590	dif. analize de laborator . . . . „	59.000·—
1.717	extracţii dentare . . . . . „	85.850·—
	Total . .	Lei 1,745 150·—

După cele mai minimale aprecieri suma de Lei 1,745.150— ar reprezenta deci contravaloarea în bani a muncei devotate depusă de medicii sibieni în executarea anchetelor medico-sociale din cele 19 comune rurale.

Socotim că aceste cifre rezumative nu mai au nevoe de nici un fel de comentar, ele ilustrează suficient enorma muncă depusă cu un deosebit devotament şi spirit de altruism de către personalul medical şi sanitar auxiliar din oraşul şi judeţul Sibiu pentru realizarea unei opere pe cât de interesante pe atât de utile şi necesare cunoaşterii şi promovării problemei sănătăţii publice din ţara noastră.

Dr. I. Stoichiţia.

Ce-a fost, ce este şi ce trebue să fie farmacia?

De **Victor Pop**, farmacist.

Scopul acestor şire este a informa corpul medical asupra farmaciei, care în urma împrejurărilor vitrege de azi, urmări ale războiului mondial mai ales, a ajuns într'o stare deplorabilă, nedându-i-se atenţiunea cuvenită pentru ca alături de sora ei: medicina, să-şi poată îndeplini marea misiune pe care o are în sănătatea publică a statului român.

Farmacia s'a desvoltat din timpuri străvechi alăturea de medicină, pornind din instinctul de conservare al individului, care a voit să scape de prima durere pe care a simţit-o. Acest instinct se prezenta la început sub forme de descântece, cari pe lângă efectul lor sugestiv, impuneau mai târziu şi folosirea sau aplicarea diferitelor substanţe luate din regnul animal, vegetal sau mineral.

Cu timpul s'au ivit persoane cari cercetau cunoaşterea bolilor şi vindecarea lor, urmând astfel evoluţia ştiinţifică a medicinei, când persoane cu pregătiri speciale ştiau să prepare din buruieni fel de fel de medicamente, pe cari înşişi le administrau bolnavilor.

Dela un timp medicul fiind prea mult angajat cu stabilirea diagnozei şi cu observarea pacientului ne având timp suficient şi pentru prepararea medicamentului a cedat aceasta altor persoane cunoscătoare şi atunci s'a pus baza farmaciei moderne, care ţinea pas cu progresul ştiinţelor naturale şi fizico-chimice.

Din aceste timpuri s'au păstrat încă şi azi administrarea medicamentelor sub forma de: electuariu, pilule, supozitorii, alifii, emplastre, etc.

La început domnitori, oraşe, mânăstiri, etc. ţineau în serviciul lor persoane, cari se ocupau cu prepararea diferitelor medicamente pe seama lor, impunându-le cunoştinţele necesare. Pe urmă prin legi speciale s'a regulamentat înfiinţarea farmaciilor publice, cari aprovizionau populaţia întreagă cu medicamente. Găsim farmacii organizate şi puse sub controlul legilor sanitare prin sec. XII-lea în

occident, prin sec. XV-lea în Ardeal şi la sfârşitul sec. XVIII-lea în ţările româneşti, cari dela început toate se bucurau de privilegii deosebite în urma importanţei ce aveau. Aceste privilegii aveau chiar scopul bine fixat, ca farmacia să fie ferită de concurenţe murdare, cari ar fi numai în detrimentul calităţii medicamentului.

Astfel s'a menţinut farmacia la înălţimea chemării sale în care timp farmacistul trebuia să-şi procure şi să-şi prepare în oficina sa toate medicamentele reclamate de ştiinţa medicală. Pentru a satisface toate aceste atribuţiuni trebuia să studieze intens botanica şi chimia, cari studii au avut ca rezultat nu numai aflarea diferitelor medicamente, ci şi impunerea multor personalităţi ca oameni de ştiinţă, celebri în domeniul ştiinţelor naturale şi fizico-chimice, atât în străinătate, cât şi la noi.

In acest timp bolnavul aştepta cu multă încredere în sala de aşteptare a medicului consultul liniştitor, iar în farmacie efectul tămăduitor al medicamentului preparat conştiincios conform reţetei medicului.

Farmacia română deşi s'a desvoltat mai târziu, totuşi evoluţia ei în sec. XIX-lea a pus-o în rând cu surorile ei din occident.

Asta a fost situaţia până la războiul mondial.

Azi farmacia nu poate ţine pas cu cerinţele vremii. Corpul farmaceutic a ajuns în mizerie şi anarhie. Ni s'a luat meseria din mână, în sensul strict al cuvântului şi iată prin ce:

In Basarabia persoane cu 2—3 clase primare sau liceu, foşti cârciumari, negustori, şi-au asigurat în statul român dreptul de a profesa farmacia în rând cu cei a căror studii corespund cerinţelor legii sanitare române, cari studii sunt de aceiaşi durată şi importanţă ca şi a d-lor medici.

Autorităţile sanitare însăşi nu-şi dau seama de imensul rău pe care-l fac sănătăţii publice prin neglijarea farmaciei. Din spirit de economie, susţin ele, au înfiinţat farmaciile Caselor cercuale şi ale spitalelor, depozitele de medicamente şi dispensarele instituţiunilor proprii susţinând, că prin aceste se fac mari economii statului, uitând multele sinecure create prin aceste şi risipa mare de medicamente, care se face prin acest fel de aprovizionare şi ignorând vechea axiomă că: „statul este cel mai rău gospodar".

Prin siluirea legei din partea unor persoane nechemate şi nepricepute, dar dornice de mari câştiguri în scurt interval, neavând nici răspunderea muncii lor, s'a permis prin legea din 1926 întâi apoi prin cea din 1930, ca droguiştii să vândă medicamente, cu singura motivare a lor, că vând mai ieftin.

Fără mult scrupul se permite importul aproape al tuturor specialităţilor din streinătate, pentru cari iese din ţară anual din avutul naţional aproape un miliard Lei, cari specialităţi în mare parte sunt simple amestecuri sau soluţiuni de preparate pe cari Farmacopea română le impune farmaciilor şi deci uşor de preparat în baza reţetei medicale.

Aceste specialităţi sunt nu numai pentru farmacişti o mare pierdere ci şi pentru d-nii medici, căci mulţi dintre dânşii de dragul comodităţii le preferă spre recomandare pacientului, uitând în acelaşi timp, că prin aceasta şi dânşii îşi dau meseria din mână atunci, când specialitatea prescrisă, acelaşi pacient cu altă ocazie şi-o procură din comerţ fără consult medical sau altul o procură pe baza reclamelor intense din ziare, reviste etc. abandonând pe medic. Prin felul acesta de aprovizionare al publicului scade încrederea necesară, care stă la baza profesiunei.

Pentrucă contactul publicului cu farmacia are o formă comercială, fiscul a grupat şi farmaciile în categoria comercianţilor, ca astfel la impunerea dărilor să poată aplica asupra lor un procent mai mare de impozit.

Acestea şi alte multe sunt cauzele pentru cari farmacia română de azi nu corespunde înaltei sale chemări adecă: complectând ştiinţa medicală şi ţinând pas cu progresele ştiinţifice pe cari le face aceasta, împreună cu ea să servească sănătatea publică a acestei ţări, a cărei bunăstare dă vigoarea necesară neamului pentru un progres rodnic şi impunător pe toate terenele între popoarele omenirii.

Pentru a putea ajunge la acest rezultat se impune înainte de toate o strânsă colaborare între cele două corpuri profesionale şi mai ales astăzi, când pregătirea ştiinţifică a ambelor este la acelaşi nivel cultural.

D-nii medici să aibă încredere în farmacii, să nu vadă în farmacist pe negustorul, care cu ori şi ce preţ doreşte să se îmbogăţească prin orice mijloace în detrimentul medicilor, să nu uite că şi cariera de farmacist este ştiinţifică ca şi a d-lor, reclamând multă răspundere, iar fondul comercial este un bun privat în materialul care trebue preparat după ştiinţa aplicată a profesionistului, care material este rezultatul progresului ştiinţei medico-farmaceutice şi deci înainte de a fi dat bolnavului trebue să treacă prin transformările impuse farmacistului de ştiinţa lui.

Dacă azi bolnavul primeşte o specialitate, produs al industriei nu schimbă rolul farmacistului impus lui de profesiunea sa, căci acea specialitate trebue să o cunoască şi nu o poate elibera decât

numai în urma unui consult medical, deci îi incumbă întreaga răspundere față de bolnav și față de lege și mai ales în partea cea mai mare a specialităților, cari formează un fel de preparație șablon, aplicabile oricărui pacient.

Intre farmacist și bolnav este alt raport, ca între negustor și cumpărător; între cei dintâi este un raport moral și uman, pe când între ceilalți este numai unul pur comercial. Medicamentul sub orice formă trebue să fie preparat și administrat numai de farmacistul, care are cunoștințele necesare pentru aceasta, după cum numai medicul e dator să cunoască bolile și tratamentul lor.

E greu de admis ca același preparat șablon din industrie să se dete la toți bolnavii, cari se prezintă cu aceleași simptoame de boli.

Medicamentul este rezultatul conlucrării științifice a medicinei și a farmaciei impusă de boala care se prezintă spre tămăduire. Aceste boli chiar fiind analoage, constituția fizică, etatea, sexul, cauzele bolii impun fiecărui bolnav un medicament adaptat persoanei.

Pentru acestea, se 'nțelege că toți farmaciștii trebue să fie exacți și conștiincioși în exercitarea profesiunii lor. Să nu se amestece nici farmacistul și nici medicul unul în atribuțiunile altuia.

In deplină unire, luptând pe front comun, putem obține o reorganizare a Caselor cercuale pe alte baze, după modelul celor din streinătate, unde corpul medical, farmaceutic și asiguratul sunt pe deplin mulțumiți. Cei dintâi de felul muncii depuse și de răsplata acesteia, iar cel din urmă de ajutoarele și avantajele pe cari le obține în schimbul cotizațiilor plătite.

Tot prin ajutor reciproc se poate aranja ca spitalele și toate instituțiunile sanitare să poată fi bine aprovizionate cu cele necesare tratamentului bolnavilor, ca astfel medicul activ în asemenea instituțiuni să nu fie stânjenit în exercitarea profesiunei și chemării înalte ce o îndeplinește lângă patul bolnavului internat spre a fi tămăduit de boala care l-a copleșit.

Să formuleze d-nii medici prescripțiuni medicale proprii, la specialități să nu se recurgă decât numai când acea specialitate este un produs științific verificat, care ajută în mod cert rolului său în fața bolnavului și care nu se poate prepara în farmacii. Prin asta își apără singuri profesiunea, neuitând în același timp, că reduce în felul acesta simțitor tributul ce-l dăm streinilor, pentru preparatele lor, făcând deci și un fapt național.

Față de autorități să ne apărăm reciproc interesele sprijinindu-ne, iar când în corpurile legiuitoare va veni la ordinea zilei o refacere totală a farmaciei de azi, reprezentanții corpului medical să susțină

cu tărie revendicările juste ale acesteia, dând astfel dovada, că cele două profesiuni surori, cari stau în serviciul apărării sănătății în deplin acord, sunt conștii de nobila lor misiune.

Urmarea acestei colaborări va fi de mare folos nu numai ambelor corpuri ci și populației acestei mândre țări, care pe lângă alte multe neajunsuri, copleșită fiind și de multe boli distrugătoare, putând scăpa mai ușor de ele, va putea spune cu deplină mulțumire, că se bucură de cel mai mare bun pe care i-l dă viața, de sănătate.

Mişcarea populaţiei în Judeţul şi Municipiul Sibiu în lunile lunie, lulie şi August 1934.

Judeţ.

Natalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori
lunie	225	24.1	80	26.1	5	—	310	24.7
lulie	261	28.0	67	21.8	7	—	335	26.6
August	281	30.1	81	26.4	5	—	367	29.2

Naşterile după sex dau

lunie 162 băeţi la 148 fete, adecă la 100 băeţi 91 fete
lulie 172 „ „ 163 „ „ „ „ „ 94 „
August 187 „ „ 180 „ „ „ „ „ 96 „

După starea civilă avem

lunie 298 naşteri legitime şi 12 nelegitime, adecă 3.8% naşt. neleg.
lulie 317 „ „ „ 18 „ „ 5.3% „ „
August 348 „ „ „ 19 „ „ 5.1% „ „

Mortalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. morţilor	la 100 Români	No. morţilor	la 100 Saşi	No. morţilor	la 100 alţii	No. morţilor	la 100 locuitori
lunie	193	20.7	56	18.2	1	—	250	19.9
lulie	193	20.7	53	17.3	3	—	249	19.8
August	184	19.7	50	16.3	5	—	239	19.0

Mortalitatea infantilă

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri
lunie	56	248	11	137.5	—	—	67	216.1
lulie	43	164.7	12	179.1	1	—	56	167.1
August	58	206.4	16	197.5	—	—	74	201.6

Morti-natalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri
lunie	6	2.6	1	1.2	—	—	7	2.2
lulie	3	1.1	4	5.9	—	—	7	2.0
August	6	2.1	1	1.2	—	—	7	1.9

Municipiu.

Natalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori	No. născuţilor	la 1000 locuitori
lunie	35	22.4	30	16.6	9	—	74	17.9
lulie	32	20.5	20	10.1	7	—	59	14.0
August	32	20.5	30	16.6	11	—	73	17.8

Mortalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. morţilor	la 1000 Români	No. morţilor	la 1000 Saşi	No. morţilor	la 1000 alţii	No. morţilor	la 1000 locuitori
lunie	15	9.5	15	8.3	16	—	46	11.1
lulie	16	10.2	15	8.3	3	—	34	8.2
August	9	5.7	18	10.0	6	—	33	8.0

Mortalitatea infantilă

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri	No. morţilor	la 100 naşteri
Iunie	2	57.0	—	—	2	—	4	54.0
Iulie	6	187.5	2	100	1	—	9	152.0
August	1	31.2	1	33.3	—	—	2	27.3

Morti-natalitatea

Luna	Români		Saşi		Alţii		Total	
	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri	No. născ. morţi	la 100 naşteri
Iunie	2	5.7	1	3.3	—	—	3	4.0
Iulie	3	9.3	—	—	—	—	3	5.0
August	3	9.3	1	3.3	—	—	4	5.4

Naşterile după sex dau

Iunie 40 băeţi la 34 fete, adecă la 100 băeţi 85 fete
Iulie 35 „ „ 24 „ „ „ „ „ 68 „
August 21 „ „ 44 „ „ „ „ „ 151 „

După starea civilă avem:

Iunie 66 naşteri legitime şi 8 nelegitime, adecă 16% naşteri neleg.
Iulie 55 „ „ „ 4 „ „ 6.7 „ „
August 64 „ „ „ 9 „ „ — „ „

Judeţ şi Municipiu intrunite:

	Iunie	Iulie	August
Natalitatea generală	23.0	23.6	26.4
la Români	23.8	26.9	28.7
la Saşi	22.6	17.8	22.8
Alţii	—	—	—
Mortalitatea generală	17.7	16.9	16.3
la Români	19.1	19.2	17.7
la Saşi	14.5	13.9	13.9
Alţii	—	—	—

	lunie	lulie	August
Mortalitatea infantilă	184	164 9	172.7
la Români	223	167.2	188.1
la Saşi	100	160.9	153.1
Morti-natalitatea	2.6	2.5	2.5
la Români	3.0	2.0	2.8
la Saşi	1.8	4.5	1.8
Rata excedentului natural	5.3	6.7	10.1
la Români	4.7	7.7	11.0
la Saşi	8.1	3.9	8.9

Medic Şef al Municipiului Sibiu:
Dr. I. Sturza.

Medic primar al jud. Sibiu:
Dr. I. Cosma.

Cercetări asupra Guşei Endemice (Endemie Tiroidiană) în România.

I-ul Memoriu.

Programul general al cercetărilor. Anchetele individuale şi generale în Transilvania şi Bucovina,

de

Profesorul Dr. D. Danielopolu, Director al Institutului Clinico-Medical B, din Spitalul Filantropia, *Dr. I. Stoichiţia,* Inspector General Sanitar, *Dr. I. Cosma,* medicul primar al Jud. Sibiu, *Dr. D. Nicolaie,* medicul Circ. Tălmaci, *N. Rădulescu* şi *B. Nestorescu,* Asistenţi ai Institutului Clinico-Medical B, — *prezentat de Prof. Danielopolu la Comitetul Internaţional de Higienă din Paris.*

Problema guşei endemice, atât de importantă pentru noi, din cauza numărului foarte mare de cazuri cu infirmităţi psihice şi fizice datorite acestei afecţiuni, se află în studiu din iniţiativa D-lui Prof. Danielopolu şi sub conducerea D-Sale, în colaborare cu un grup de medici distinşi — cari formează o echipă ştiinţifică unitară şi complectă.

Spre deosebire de ceilalţi cercetători ai problemei guşei în România cari şi-au complectat anchetele izolate şi insuficiente mai mult în clinici şi laboratorii, echipa de mai sus a pornit o mare anchetă *direct pe teren,* în regiunile bântuite endemic de guşe. In acest mod se studiază de către specialişti toate condiţiile biologice locale, fizice, geografice, geologice, etc. ale localităţei, — pentru descoperirea etiologiei guşei.

Echipa de anchetă şi-a asigurat preţiosul concurs al *D-lui Profesor P. Tomescu, şi al D-lui Dr. Ionaşiu* pentru turburările psihice şi problema heredităţii, *Dl Profesor Rainer* pentru studii antropologice, *Dl Profesor Boivin* pentru studii de chimie şi *Domnii Profesori Dan Rădulescu şi Niţescu,* pentru studii asupra fiziologiei iodului în organism, atât de necesar pentru găsirea unei metode practice de profilaxie a guşei, ca urmare şi concluzie fericită a acestor anchete.

Un foarte scurt rezumat al acestui Prim Memoriu, ar fi următorul:

A. Introducerea.

Se înlocueşte termenul vechi de *guşe endemică,* prin acela de *tiroidii* şi *endemie tiroidiană,* deoarece numeroasele afecţiuni tiroidiene nu sunt însoţite întotdeauna de guşe, prezentând uneori chiar o atrofie a glandei. Tiroidiile din regiunile endemice au aceiaşi etiologie, iar variabilitatea formelor ar fi datorită unor anumiţi factori predispozanţi individuali şi capacităţei de reacţiune a glandei tiroidă, diferită după indivizi.

Dupe ce sunt citate publicaţiile anterioare făcute asupra guşei în România: *Hoffman* (1723), *Lange* (1785), *Panciu* (1878), din lucrarea lui *Câmpeanu,* apoi *Felix, Parhon, Ureche, Bruteanu, Flinker, Iacobovici, Niţescu* şi *Binder,* — precum şi lucrările comisiunii elveţiene a guşei şi a Conferinţei internaţionale dela Berna 1927, precum şi comunicările Oficiului Internaţional de Higienă, — urmează

B. Concepţia Patogenică.

Dupe ce se trec în revistă numeroasele hipoteze asupra patogeniei guşei, carenţă (mai rar excesul) de iod sau calciu, apa de băut, alimentaţia insuficientă,

un agent infecțios, parazitismul intestinal, echilibrul Iod-Calciu, etc. — se ajunge la următoarea concepțiune hipotetică:

Nu se cunosc precis factorii generatori de gușe. Gușa și afecțiunile înrudite apar la locuitorii unei anumite regiuni sub munte unde trăesc o mare parte a vieții în condițiuni rele. Dar se cunosc numeroase cazuri de gușe și în orașe, în câmpii, sau chiar la mare. Secreția tiroidei este dublă: o secreție internă, care trece în sânge, hormonii tiroidieni și secreția de substanță colloidă care reține rezerve de hormoni, regulând distribuția lor în sânge, dupe nevoile organismului.

Factorii generatori de gușe, pot provoca afecțiuni tiroidiene diferite dupe starea constit. a persoanei și mai ales dupe capacitatea reacțională a glandei tiroide. Astfel: 1. când capacitatea reacțională a glandei este mare, hiperplazia celulelor fiind intensă și rapidă, nu au timpul necesar de a fabrica vezicule și subst. coloidă care să reție hormonii tiroidieni, — aceștia trec în sânge în cantități prea mari și provoacă *hypertiroidism;* 2. când reacțiunea glandei este mai mică și mai lentă, se formează și vezicule și colloid suficient pentru a reține și regula debitul de hormoni, — rezultând *o gușe simplă, normotiroidiană;* 3. când reacțiunea este foarte mică, se ajunge la atrofia celulelor, rezultând *hypotiroidismul,* cu toate consecințele sale.

Capacitatea reacțională a tiroidei depinde de țesutul glandular, vascular și nervi (cu acțiunea lor trofică și vasomotrice) — dar, mai ales de inervația vegetativă. Se cunoaște influența reciprocă exercitată între hormonii tiroidieni și tonusul vegetativ general, care poate fi și el normotonic, hypotonic și hypertonic.*)

Această hipoteză admite rolul echilibrului iod-calciu, — cunoscându-se influența acestora asupra menținerii tonusului systemului nervos vegetativ. — Dar dacă se admite rolul exclusiv numai al Iodului, atunci o afecțiune tiroidiană în regiune endemică poate fi provocată prin carență de iod — iar în regiunile unde nu există endemie, printr'o întrebuințare defectuoasă a iodului de către tiroidă.

Se hotărăște următoarea clasificație:

Tiroidii
- *Hypotiroidieni* (mixoedem, cretinism, afecțiuni apropiate, ca idiotia, surdo-mutitatea, nanismul) cu
  - volumul glandei normal
  - „ „ mărit (gușe hipotiroidiană)
  - „ „ atrofiat
- *Normotiroidieni* (gușe simplă), cu volumul glandei mărit (gușe normotiroidiană)
- *Hypertiroidieni* (Maladia Graves-Basedow, cu formele numite: Basedow clasic, gușe bazedowificată, Bazedowism, sindrom toxic basedowiform fără mărirea metabolismului, adenom toxic al lui Plummer) cu
  - volum mărit (gușe hipertiroidiană)
  - volum normal

In această clasificație nu sunt cuprinse tiroiditile provocate de infecțiuni (febră tifoidă, reumatism) și tumorile maligne!

Celelalte încercări de clasificare dupe structura hystologică (Roussy, Aschoff), sau dupe metabolismul bazal (Dautrebande, M. Labbé), sunt incomplecte.

---

*) Prof. Danielopolu: Acad. de Méd.; Soc. Méd. des Hôp.; Annales de Méd.; Système nerveux végétatif — Doin, 1931.

D. Programul anchetelor.

Cu ajutorul D-lui Ministru al Sănătății, Dr. Costinescu și D-lui Secretar general, Dl Prof. Gane, s'a putut organiza un prim centru de cercetări în regiunea Sibiului, *cu colaborarea D-lui Inspector General Sanitar Dr. Stoichiția și a D-lor Doctori Cosma, Sturza, Ionașiu și Nicolaie.*

Un al 2-lea centru va fi organizat în Bucovina, pe valea Ceremușului, o regiune f. bogată în gușe endemică.

Cercetările se fac după un program unitar și asupra tuturor formelor de tiroidii cuprinse în clasificația de mai sus, chiar dacă nu prezintă hipertrofia glandei.

Se fac două moduri de anchete: *anchete individuale* și *generale.*

Anchetele individuale se fac examinând toți indivizii din aceiași categorie, astfel se fac anchetele individuale *asupra recruților*; sunt foarte interesante și permit facerea de statistici elocvente când sunt confruntate și complectate cu *anchetele școlare.* In acest caz se fac fișe personale complecte, profesorul dând informații asupra desvoltărei intelectuale a elevilor — și putându-se urmări evoluția boalei în decurs de mai mulți ani.

Anchetele individuale *în sate* se fac examinând toți locuitorii comunei, normali sau cu o afecțiune tiroidiană. Se fac fișe personale, foi de observații bogate unde se notează toate datele desvoltărei organismului, pubertate, sarcini, heredităteа, condițiile de viață (alimentația, apa), cât timp a părăsit localitatea, etc. In ce privește apa de băut se va măsura adâncimea fântânilor și se va constata dacă este aceiași apă cu apa din râul apropriat — sau alta.

Anchetele generale sunt mai ușor de realizat, și se fac pe un număr cât mai mare de tiroidieni și câțiva considerați sănătoși, adunați la școală sau primărie.

Anchetele se fac și în orașe în școli, spitale, cazărmi, azile de infirmi și bătrâni.

Pe cât posibil, registrele anchetelor vor înlesni urmărirea bolnavilor în decurs de mai mulți ani.

In același timp se vor face studii speciale asupra heredității (prin grupele sanguine în arborele genealogic), — metabolismul bazal, tonusul vegetativ general (proba atropinei și a ortostatismului), o hypertonie vegetativă fiind o cauză favorizantă pentru hypertiroidie și invers, — examene histologice asupra structurei glandei, chimice (urina, sânge, tiroida), apa, pământul, alimentele, aerul, etc. — și, la urmă, pe cât posibil, *măsuri de profilaxie.*

Cercetările făcute în localitățile endemice din regiunea Sibiului și valea Ceremușului (Bucovina).

In urma anchetelor individuale și generale, s'au constatat următoarele:

1. *Caracterele generale ale comunelor, Higiena locuințelor, alimentația.*

Comunele *Tălmăcel, Sibiel, Orlat, Cristian, Cisnădioara, Ighișul Mare,* sunt situate sub munți, cu climat sub-alpin. Bărbații fac mai puține tiroidii, deoarece o mare parte a anului sunt plecați din sat la munte ca păstori sau la exploatarea lemnului, sau în câmpie, — deci în regiuni lipsite de factori generatori de gușe.

Satele de gușați prezintă foarte rele condiții de higienă individuală sau a locuinței, alimentație lacto-vegetariană, insuficientă, în general foarte săracă. Se pare că sărăcia este un factor important — deoarece în orașul Sibiu, unde există factori generatori de tiroidii, numărul tiroidiilor este foarte mic, datorită condițiilor mai bune de viață.

Influenţa apei de alimentaţie este recunoscută. In satele endemice locuitorii beau apă din pârâul apropiat sau din puţuri săpate la mici adâncimi, conţinând aceiaşi apă cu apa din pârâu. Un exemplu elocvent îl constitue comuna *Ispas*, unde cătunele situate pe malul Ceremuşului prezintă o endemie intensă, pe când cătunele situate pe o terassă superioară, alimentându-se cu apă din puţuri profunde (10—15 m.) — oferă un procent mult mai mic de tiroidii.

Un alt exemplu frumos îl oferă Comunele Tălmaciu şi Tălmăcel, situate la 3 km. unul de altul:

Locuitorii din Tălmăcel alimentaţi cu apă din râuri şi fântâni săpate la mici adâncimi (2—3 m.) au foarte mulţi guşaţi, pe când locuitorii din Tălmaciu alimentaţi cu apă din fântâni adânci şi fiind mai înstăriţi, nu au guşaţi.

Starea fizică şi intelectuală a locuitorilor din regiunile endemice: Anemici, rău nutriţi, pubertatea femeei începând târziu (15—21 ani), au o talie mijlocie (150 cm. femeea, 160 bărbatul). Semi-cretinii, dar mai ales cretinii au o talie mică, intelect sub normal şi un aspect hypotiroidian.

Frecvenţa totală a guşei. Forme de tiroidii:

Tălmăcel, din 1361 examinaţi, s'au găsit 337 cazuri de afecţiuni tiroidiene, deci un procent de 21,5% — fără cazuri de Basedow.

Sibiel, din 801 examinări, 403 tiroidii, cu un procent de 50%, deasemenea fără Basedow.

Ispas, 461 tiroidii, din cari 3 cazuri Basedow clasic şi 13 guşi basedovifiate.

In regiunea Sibiului şi Târnava Mare nu s'au găsit cazuri de Basedow (afară de puţine cazuri în oraşul Sibiu), pe când în Comuna Ispas, se găsesc 16 cazuri; explicaţia ar sta în capacitatea reacţională a glandei, variabilă după indivizi. Se poate ca examinarea metabolismului bazal să descopere noui cazuri.

Gradul guşei. Se constată un mare procent de guşi incipiente, — astfel în Comuna Ispas, avem următorul raport: guşe incipientă 179, guşe evidentă 119, guşe mare 74, guşe enormă 20.

Localizarea guşei. Lobul drept este cel mai des prins — oricare ar fi forma guşei. Pentru explicarea acestei preferinţe anatomice se fac cercetări în colaborare cu *D-na Vănescu.*

Sexul şi vârsta. S'a constatat o mai mare frecvenţă la femee decât la bărbat, astfel: la Tălmăcel, 60% femei p. 30% bărbaţi; la Sibiel 76% femei p, 23% bărbaţi; la Ispas 65% femei p, 35% bărbaţi.

Frecvenţa mai mare a guşei la femei este datorită la 2 factori: 1. Pubertatea şi graviditatea favorizează mult desvoltarea guşei la femei; 2. Femeia nu părăseşte satul, suferind continuu acţiunea factorilor generatori de guşe, pe când bărbaţii sunt plecaţi la munte sau în câmpie o mare parte din an, în regiuni indemne guşei.

După vârstă, se constată la Sibiel şi Tălmăcel apariţia guşei între 5—10 ani, o desvoltare bruscă maximă între 10—15 ani, coboară între 15—20 ani şi se menţine staţionară după 30 ani.

Evoluţia. După datele unei statistici controlate de Dr Nicolaie se confirmă faptul că pubertatea intensifică desvoltarea guşei la fete pe când între timp la băeţi procentul scade, prin părăsirea satului.

Hereditatea şi caracterul familial. S'au găsit familii de tiroidieni şi există o predispoziţie familială — dar forma tiroidiilor diferă între membrii familiei dupe capacitatea reacţională individuală. Pentru o mai bună cunoaştere a acestei probleme se vor studia arborii genealogici cu grupele sanguine — în mai multe familii.

Schimbarea localităţei. Bărbaţii cari pleacă din comună pentru a munci în alte regiuni sănătoase, observă regresiunea, ades dispariţia guşei după câţiva ani, pentru a creşte din nou, dacă se întorc în satul lor.

Urmărind 19 copii plecaţi din Tălmăcel la studii, Doctorul Nicolaie constată la revenirea lor în sat, numai la 2 dintre ei o foarte uşoară guşe — pe când fraţii şi surorile lor au devenit aproape toţi purtători de guşe. Plecaţi la 11 ani, reveniţi la 20—32 ani — ei n'au mai făcut guşe, deşi au rămas în sat, — ceiace pledează pentru faptul că între pubertate şi starea adultă există o predispoziţie mai mare pentru o afecţiune tiroidiană.

Variaţii sezoniere: După informaţiile obţinute la Sibiel şi Ispas se pare că Primăvara favorizează creşterea guşei.

Influenţa rasei: cercetările făcute până în prezent, nefiind concludente, vor fi continuate în anchetele viitoare.

s. r.

Dr. Romulus St. Mangiurea:

Tuberculoza. Mijloace de combatere, date statistice, critici şi sugestii, *cu o prefaţă de D-l Dr. S. Irimescu. Editura „Bucovina" Bucureşti, 1934.*

Lucrarea Dlui Dr. Romulus St. Mangiurea este împărţită în 12 Capitole şi se ocupă în mod documentat şi bazat pe date statistice dela noi şi din străinătate de problema tuberculozei, arătând cauzele cari favorizează această plagă socială precum şi cele mai potrivite mijloace de combatere. Se ocupă în deosebi de importanţa Dispensarului în lupta anti-tuberculoasă arătând felul de funcţionare al unui Dispensar model precum şi rezultatele cari se pot obţine prin munca depusă la această instituţie de combatere. Se ocupă apoi de importanţa Sanatoriului, a Spitalului şi Preventoriilor în lupta de combatere a tuberculozei. Un capitol deosebit este consacrat cunoaşterii combaterii tuberculozei la copii, precum şi pentru popularizarea tehnicei propagandei anti-tuberculoase. Capitole deosebite sunt consacrate studiului organizării unei lupte anti-tuberculoase cât mai potrivite împrejurărilor din România, insistând în deosebi asupra timbrului anti-tuberculos, asupra asigurărilor sociale şi asupra organizării Ligii Naţionale în contra tuberculozei.

Volumul de 224 pagini al Domnului Dr. Mangiurea este un studiu documentat asupra problemei tuberculozei din România şi el merită toată atenţiunea nu numai a Corpului medical ci a tuturor intelectualilor cari se interesează de această problemă.

is.

Revista revistelor.

Buletinul Eugenic şi Biopolitic Vol. V. Nr. 1—6.

Salutăm cu deosebită bucurie reapariţia Buletinului Eugenic şi Biopolitic editat de Subsecţia eugenică şi biopolitică a „ASTREI" de sub conducerea directă a D-lui Prof. Dr. Iuliu Moldovan *preşedintele activ al „Astrei Centrale".*

Volumul V, Nr. 1—6 cuprinde o amănunțită dare de seamă asupra activității de 3 ani în Plasa sanitară model Gilău, scrisă de Domnii Dr. Zolog, Dr. Cosma *și* Dr. Prodan. *Darea de seamă cuprinde date extrem de interesante asupra organizării plășii sanitare, asupra metodelor de lucru introduse în această nouă instituție sanitară, precum și o succintă enumerare a rezultatelor dobândite prin nouile metode după o activitate neîntreruptă de 3 ani.*

Rezultatele la cari s'a ajuns în Plasa sanitară model Gilău justifică pe deplin necesitatea și utilitatea acestei noui instituțiuni create prin dispozițiile Legii sanitare din 1930. Reducerea mortalității generale, reducerea simțitoare a mortalității infantile, însemnatele rezultate dobândite pe terenul sanitației rurale, — sunt tot atâtea realizări cari documentează în mod eclatant munca utilă depusă timp de 3 ani în această Plasă și verifică cu date concludente marea utilitate a acestei noui instituții sanitare rurale.

Cu toate că în numărul 3 al Revistei „Sibiul Medical" ne-am ocupat în mod mai detaliat de activitatea Plasei sanitare model Gilău, recomandăm cu toată căldura atențiunei colegilor noștri studiul documentat al Dlor Dr. Zolog, Dr. Cosma și Dr. Prodan apărut în Vol. Nr. V al Buletinului Eugenic și Biopolitic. **i. s.**

O'Leary: **„The autonomic nervous system as factor in the Psychogalvanic Reflex"** (Sistemul nervos autonom ca factor în reflexul psihogalvanic). J. of exp. psychology 1933.

Un curent electric continuu, trecând prin corpul omenesc (de ex. prin mână) întâlnește o rezistență cam de 10—11 mii ohmi, dacă individul este în stare de repaos și în neutralitate afectivă. Indată ce subiectul străbătut de de acest curent trăiește o stare emotivă, rezistența lui scade, până la 9 - 8—7 mii ohmi. Acest fenomen, pus în evidență de Féré se numește reflexul psihogalvanic. Natura lui intimă nu este încă precizată, dar faptul că apare totdeauna în stările de emoție sau de încordare mintală, chiar atunci când aceste stări sunt perfect inhibite, și că intensitatea lui pare să fie în raport direct cu intensitatea emoției, a determinat cercetătorii să-i dea o deosebită atenție în ultima vreme. Piéron a arătat că fenomenul se produce chiar atunci când împiedicăm prin compresiune circulația în membrul plasat în circuit, iar Sears (J. of experimental psychology 1932) a demonstrat că în stare de somn hipnotic, piciorul anesteziat prin sugestie produce la durere o reacțiune psihogalvanică mult mai scăzută decât piciorul neanesteziat. White arată apariția acestei reacțiuni în timpul muncii mintale, iar Mead Abel în procesul de înțelegere al unei probleme și în surpriză.

Autorul pe care-l recenzăm încearcă să precizeze natura acestui fenomen. A extirpat ganglionul cervical inferior de-o parte, la pisici (deci sistemul nervos autonom al unui picior), și a constatat că, pe câtă vreme, sub influența emoțiilor, rezistența piciorului neoperat se modifica, rezistența piciorului operat nu suferea nici o modificare. Concluzia autorului: că reflexul psihogalvanic este o parte din reacțiunea generală a sistemului autonom. Sistem nervos autonom este acela care regulează permeabilitatea membranei celulare, influențând prin aceasta rezistența țesuturilor la un curent electric.

Enke: **„Die Affectivität der Kretschmerschen Konstitutionstypen in Psychogalvanischen Versuch" Charakter** 1933.

Un mijloc atât de important de a ne da indicații asupra stărilor afective ale unui individ n'a putut scăpa atenției psihiatrilor. Kretschmer a aplicat cu succes reflexul psihogalvanic la descoperirea complexelor (observând modificările rezistenței sub influența cuvintelor pe care le spunea în fața bolnavului), iar în unele țări acest procedeu este utilizat în justiție

pentru diagnosticarea minciunii, fie a martorului, fie a acuzatului.

Enke E. a studiat reflexul psihogalvanic la cele două tipuri constituționale kretschmeriene: leptosomi și picnici. Kretschmer susține că unei anume constituții somatice îi corespunde o anumită constituție psihică. Astfel leptozomii ar fi schizoizi, iar picnicii ar fi ciclotimici. Schizoizii sunt autiști, cu bogată trăire internă, pe când cicloizii ar fi sintoni, cu puternică manifestație exterioară, dar puțin profunzi în trăirile lor. Enke constată că leptosomii (nepatologici), la diverși excitanți (înțepătură, împușcătură), prezintă o foarte puternică reacțiune psihogalvanică (cu toate că exterior nu manifestau aproape nimic). Picnicii (nepatologici) în schimb prezintă variații foarte reduse ale rezistenței la curent, (cu toate că spre exterior ei se manifestau puternic).

Reflexul psihogalvanic deci este foarte utilă metodă în măsurarea stării emotive. Iar această măsurare are o deosebită importanță în psihiatrie. Posibilitățile lui de aplicare ni se par vaste. Ne gândim la o singură problemă: examinarea stării afective în schizofrenie, atât de importantă între misterioasele semne de întrebare ale psihiatriei. **S. Cupcea.**

F. Sciclonnoff. **L'acetylcholine dans le traitement de l'ictus hemiplegique.** (Presse Médicale, 1934, Nr. 56, pag. 1140).

Bazat pe experiențele făcute de Hunt și Toveau care au constatat că acetyl-colina are o acțiune spasmolitică asupra arterelor — autorul a utilizat această substanță ca mijloc de tratament în hemiplegiile datorită spasmelor sau trombozei vaselor cerebrale.

Dintre 221 cazuri de ramolisment prin tromboză sau angiospasm, 70 de cazuri au fost tratate cu acetyl-colină. Rezultatele au fost remarcabil superioare la aceste cazuri față de cele 151 cazuri tratate cu metodele obișnuite.

Substanța întrebuințată a fost acetyl-colina clorhidrică „Roche" în cantitate de 0,10—0,20 gr. la zi sub formă de injecții.

Tratamentul trebue început cât mai precoce și continuat cel puțin 20 de zile.

Bolnavii vindecați e bine să facă cure preventive de 10 zile pe lună cu această substanță.

Brun **„Le signe de la main". Sa valeur clinique et pratique, sa fréquence dans la lithiase vesicale de l'enfant.** (Presse Médicale, 1934. 56, pag. 1139).

Autorul constată frecvența mare a litiazei vezicale la indigenii din Tunis. Din cauza durerilor la micțiune și a incontinenței urinare care acompaniază această boală, copii indigenilor își țin penisul în continuu în mână și-l comprimă. Din aceasta cauză mâna în continuu contact cu urina ia un aspect caracteristic care permite autorului să-l descrie ca pe un semn cu ajutorul căruia face diagnosticul imediat.

Din 253 de cazuri de calculi vezicali operați la copiii sub 15 ani, 175 (70%) prezentau acest semn. **Dr. C. Banu.**

Tuberculoza și amigdalele de *H. Fruchaud.* (Monde Médical, 1934).

Un practician modest din Angers ridică problema ofensivei dusă astăzi de mulți specialiști pentru extirparea amigdalelor și vegetațiilor adenoide, fără să se ție seama de rolul de barieră limfatică față de diferitele infecțiuni — și chiar de o probabilă secrețiune internă (Cuvier, Carriesc).

Autorul pretinde că a observat în practica sa următoarele fapte: mulți copii cari au suferit ablația amigdalelor și vegetațiilor adenoide, au făcut (la intervale diferite după operație) tuberculoză pulmonară și uneori chiar meningee, — fără ca să fi avut pe cineva tuberculos în ascendenți, colaterali sau chiar în mediul imediat înconjurător. Mai mult: mersul tuberculozei ar fi influențat mult în bine de prezența unor amigdale bune (constituind astfel un prognostic bun pentru evoluția boalei) — și invers, tuberculoșii pulmonari, gravi și mai ales cei cu laringită tuberculoasă, prezintă o atrofie pronunțată, uneori complectă, a amigdalelor.

Motivat de aceste observații, autorul se ridică în contra suprimărei amigdalelor și adenoidelor pentru cea mai mică turburare nasotracheo-bronșică, — consiliind întotdeauna să se aplice mai întâi sever, un bun tratament atât local cât și general, tonic, de lungă durată, — (ținând seama și de faptul că amigdalele involuează normal cu vârsta), — ră-

mânând ca operaţia să fie aplicată numai în cazuri bine controlate şi atunci chiar să se încerce intervenţii uşoare (de ex. electrocoagulare).

Autorul cere ftiziologilor să examineze mai des faringele bolnavilor pentru a controla dacă într'adevăr amigdalo-adenoidienii oferă o rezistenţă mai mare faţă de tuberculoză.

Guy-Pierre Toye. **Contribuţie la studiul fizio-patologic al demenţei precoce.** (Presse Médicale, Nr. 48—1934).

Ultimele studii biologice făcute asupra legăturilor dintre demenţa precoce şi tuberculoză, îl fac pe autor să considere acest sindrom ca un sindrom „para-tuberculos", datorit unei exagerări a proceselor chimice de apărare a organismului.

In mod hypotetic, G. P. T. admite că acidul formic ar fi agentul de apărare antituberculoasă, care, prin mecanismul degenerescenţei mucoase a nevrogliei ar provoca turburări în conducţia nervoasă, responsabile de disocierea mentală.

Cercetările experimentale ale autorului, au dat următoarele rezultate: *a)* a găsit acid formic în lichidul cefalo-rachidian la anumiţi demenţi precoci — şi a creiat la iepure catatonia experimentală pr:n acid formic; *b)* acidul formic influenţează caracterele biochimice şi patologice ale bacilului Koch şi micşorează puterea toxică a tuberculinei; *c)* cutireacţiile făcute cu această „crypto-toxină" formică, au fost constant negative

In ce priveşte problema terapeutică în clinică, autorul nu a obţinut însă sau încă, rezultate concludente. **Dr. Ion Ad. Popescu.**

Note de Terapeutică.

Tratamentul apendicitei gangrenoase prin seroterapie antigangrenoasă şi anticolibacilară. *Weinberg* a publicat rezultatele bune (Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences), obţinute în 96 cazuri de apendicită gravă, dintre cari 44 erau gangrenoase, tratate prin injecţii intra-peritoneale şi subcutane de doze mari de ser antigangrenos polyvalent — la cari a asociat uneori un ser complimentar anticolibacilar amestecat cu un alt ser contra microbilor aerobii şi anaerobii întâlniţi în astfel de cazuri.

Weinberg şi Laquiére întrebuinţând un amestec de ser antigangrenos cu ser anticolibacilar în 152 apendicite grave cu peritonite generalizate, dintre cari 90 cazuri apendicită gangrenoasă cu 42 apendice perforate, n'au avut decât 3 morţi, — administrând doze mari de ser pe cale intra-peritoneală, sub-cutană şi intra-musculară.

H. Vincent, a recomandat deasemeni întrebuinţarea serului anticolibacilar în apendicite cu peritonite localizate sau generalizate.

Astfel în 200 cazuri de apendicită gravă, operate în a 3-a, a 4-a, a 6-a şi chiar a 8-a zi, întrebuinţându-se seroterapia anti-colibacilară complimentară, nu s'a înregistrat nici un deces.

Acţiunea serului fiind în acelaşi timp antimicrobiană şi antitoxică, a permis să se obţie rezultate frumoase şi în apendicitele cu forme toxice, nervoase sau hepatice.

Léon Giroux et Henri Causset. **Le traitement de l'angine de poitrine par les ondes courtes.** (Monde Médical, 1934).

Autorii publică rezultatele bune obţinute în tratamentul cu unde scurte aplicat în anumite cazuri cu dureri de angină pectorală.

Bolnavii, 6 bărbaţi şi 1 femee, între 39—66 ani, s'au prezentat cu un sindrom dureros solitar: cinci cu durere de efort, unul avea durerea şi în intervalul eforturilor iar ultimul prezenta o durere provocată de un efort sportiv.

Cazurile aveau o vechime diferită, dela câteva luni până la 10 ani, durerile veneau zilnic, rezistaseră la toate tratamentele obişnuite — şi bolnavii nu prezentau nici hypertensiune, nici insuficienţă cardiacă sau renală.

S'au aplicat 6—10 şedinţe de unde scurte de câte 300—400 waţi, fără incidente. Durerile au cedat, obţinându-se o ameliorare rapidă care durează de mai multe luni.

Autorii subliniază marele interes al acestei metode de tratament cu agenţi fizici în anumite cazuri de dureri anginoase, metodă mult superioară celorlalţi agenţi fizici: razele infraroşii, diatermia şi radioterapia, cu cari aceiaşi autori au obţinut rezultate mult mai slabe şi inconstante.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Zilele medicale din Sibiu.

Colegiul Medicilor şi Asociaţia Generală a Medicilor filiala Sibiu, organizează în zilele de 15, 16, 17 şi 18, Noembrie 1934 un ciclu de conferinţe pentru medici şi surori de ocrotire. Se vor trata cele mai actuale probleme din domeniul medicinei preventive şi curative de către distinşi Profesori ai Facultăţii de Medicină din Cluj, insistându-se în deosebi asupra aplicaţiunilor practice din diferitele discipline.

In cadrele Zilelor Medicale din Sibiu vor conferenţia Domnii Profesori:

Dr. Iuliu Haţieganu, Dr. Iuliu Moldovan, Dr. Ioan Minea, Dr. Ureche, Dr. Ioan Goia, Dr. Marius Sturza, Dr. Kernbach, Dr. Tătaru, Dr. Ţeposu, Dr. Pop şi Domnii Docenţi Dr. Axente Iancu, Dr. Daniello şi Agregat Dr. Zolog.

In afară de programul conferinţelor, se vor vizita toate instituţiile sanitare din oraşul şi judeţul Sibiu, se vor face diferite excursii în împrejurimi şi vor avea loc şi unele serbări în cinstea Conferenţiarilor şi participanţilor la „Zilele Medicale".

Programul detaliat cu arătarea subiectelor conferinţelor ce se vor ţinea, cu indicarea zilelor şi orelor, atât a conferinţelor, cât şi a diferitelor excursii, se va întocmi în scurtă vreme şi se va publica în ziare.

Rugăm pe toţi colegii noştri de pretutindeni, dar în deosebi pe medicii din Regiunea Sanitară Sibiu să participe în număr cât mai mare la această afirmare a ştiinţei medicale româneşti. ***Redacţia Sibiul Medical.***

* * *

Revizuirea şi cumulul medicilor în discuţiunea Asociaţiei Generale a Medicilor din România.

Asociaţia Generală a Medicilor a ţinut în zilele de 24 şi 25 Septembrie 1934 un Congres extraordinar la Bucureşti, luând în discuţiune problema revizuirei medicilor şi a dispoziţiilor privitoare la cumulul în funcţiunile publice. Congresul a fost foarte bine cercetat participând medici numeroşi din toate judeţele ţării. Şedinţele s'au ţinut sub preşidenţia Domnului Pro-

fesor Dr. Danielopolu, *preşedintele Asoţiaţiei. Din partea Ministerului Sănătăţii a participat Domnul Secretar General Profesor* Dr. Titu Gane.

După discuţiuni îndelungate şi deosebit de animate, uneori chiar vehemente, Asociaţia Generală a Medicilor şi-a fixat punctul său de vedere în aceste două chestiuni cari interesează atât de mult Corpul medicilor funcţionari din ţară. Acest punct de vedere a fost fixat în „Moţiunea" care s'a votat de Congres şi care are următorul cuprins:

„Corpul Medical din toată ţara, compus din medicii pensionari şi liber practicieni, întrunit în Congresul extraordinar din 24 şi 25 Septemvrie 1934, protestează contra aplicării la Corpul Medical a Decretelor excepţionale, cari nedreptăţesc profund pe medici şi periclitează sănătatea publică.

Congresul rămâne în linii generale la punctul de vedere al Asociaţiei din 3 August 1934, adoptat atât de medicii funcţionari, cât şi nefuncţionari şi cere:

1. Să se renunţe la anularea numirilor făcute pe bază de dispoziţii tranzitorii.

2. Să se respecte drepturile câştigate ale medicilor cu maximum două funcţiuni, iar în viitor: „un medic o funcţiune", asigurându-se un minimum de existenţă. Medicii din învăţământul universitar vor putea ocupa a 2-a funcţiune numai cu consimţământul şi răspunderea şefilor de servicii.

3. Revizuirea numirilor ilegale să se încredinţeze unei comisiuni de înalţi magistraţi şi să nu se ţină seamă de viciile de formă şi nomenclatură de cari medicii nu sunt vinovaţi.

4. Să se prevadă dispoziţiile cerute în Memoriul din 3 August 1934 pentru medicii cari fac parte din Corpul didactic.

* * *

Asociaţiunea Generală a Medicilor va continua să apere cu toată energia pe medicii de toate categoriile şi Congresul decide:

a) *Filialele judeţene ale Asociaţiei vor convoca de urgenţă Comitetele lor şi vor trimite fiecare Ministerului Sănătăţii Publice delegaţi cari să arate situaţiunea locală şi să apere pe medicii aparţinând acelei filiale, susţinând punctul de vedere al Congresului;*

b) *Orice medic ce va fi nedreptăţit prin aplicarea decretelor legi se va adresa Asociaţiei care-l va apăra către Ministerul Sănătăţii Publice, sau prin Contenciosul Oficiului Sindical în justiţie;*

c) *Se va interveni pe lângă medicii parlamentari pentru ca această chestiune să fie deschisă şi larg discutată în Parlament;*

d) *Congresul General al Corpului medical din toată ţara ce se va ţine la începutul lunei Noemvrie 1934 va stabili normele ce Corporaţia medicală trebue să ia şi să aplice pentru a salva practica medicală şi a asigura pe viitor stabilitatea medicilor funcţionari".*

Această Moțiune a fost prezentată Domnului Ministru al Sănătății de către o delegație de medici în frunte cu Domnii Profesori Dr. Danielopolu *și* Dr. Tomescu. *Domnul Ministru al Sănătății* Dr. Costinescu *a dat următorul răspuns:*

a) *Chiar dacă nu se va putea renunța la ideea revizuirei, niciun medic bun și conștiincios nu va fi clintit dela postul său. Deocamdată toată lumea rămâne pe loc. Acei cari sunt ilegal numiți vor avea prilej să se pună de acord cu dispozițiile legale;*

b) *In chestia cumulului Ministerul este de acord cu propunerile Asociației Generale a Medicilor.*

Până în prezent Ministerul Sănătății nu a luat nici o dispoziție de anulare a vreunei numiri de medici, deși la Ministerul Sănătății sunt terminate de mult tablourile cu numele celor ce urmează să fie revizuiți. Problema revizuirii și a cumulului ține încă într'o vie agitație întreg corpul medicilor funcționari și Congresul General al medicilor convocat pentru zilele de 4 și 5 Noemvrie 1934 la București se va ocupa din nou de aceste probleme vitale. Ar fi de dorit ca barem acum întregul Corp Medical din țară să dea dovadă de un mai pronunțat spirit de solidaritate, prezentându-se în număr impozant la acest Congres, unde se va fixa punctul de vedere al medicilor în toate problemele cari interesează profesiunea medicală și sănătatea publică.

is.

— *La 1 Noembrie încep la București cursurile asupra* „Terapeuticei Gazelor" *la cari participă în prima serie toți Inspectorii generali sanitari, medicii primari de județe și medicii șefi de municipii.*

* * *

CONGRESE:

Congresul Asociației Medicilor. *Comitetul Central al Asociațiunei G-rale a Medicilor, în urma hotărârei luate de Congresul extraordinar din Septembrie a. c., invită pe toți membrii ei, să participe, în număr cât mai mare, la Congresul care se va ține la București, în zilele de 4 și 5 Noembrie a. c. și la care se vor dezbate următoarele probleme de vitală importanță pentru membrii corpului medical:*

1. Principii de organizare a corpului medical și a profesiunei medicale (medici funcționari, asig. sociale, practica medicală). Raportor: dl Profesor D. Danielopolu.

2. Problema practicei medicale în mediul urban și rural.

3. Coordonarea fondurilor sanitare.

4. Profesiunea medicală în fața noului proiect de cod penal.

5. Chestiuni de actualitate privitoare la funcțiunile medicilor și la practica medicală (revizuirea medicilor, cumulul, etc.).

Al V-lea Congres naţional de chirurgie, *va avea loc între 6—8 Noemvrie a. c., sub preşedinţia d-lui Prof. Dr. I.* ***Bălăcescu,*** *Decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti.*

La acest congres sunt rugaţi să ia parte d-nii Preşedinţi ai Societăţilor de Chirurgie din străinătate, colegii străini, pe lângă chirurgii români.

La ordinea zilei sunt următoarele rapoarte:

1. ***Chirurgia litiazei biliare:*** *Prof. Dr. I. Iacobovici, Dr. V. Dimitriu şi I. Pavel.*
2. ***Restaurarea pretoracică a esofagului:*** *Agr. Dr. Ion Jianu.*
3. ***Tratamentul chirurgical al prolapsului uterin:*** *Prof. Dr. Grigoriu Cristea şi Docent Dr. Popovici.*
4. ***Ventriculografia şi reperajul ventricular:*** *Agr. Dr. Dem. Paulian şi Dr. D. Vasiliu.*
5. ***Myelografia:*** *Conf. Dr. C. Leonte.*
6. ***Derivaţia urinelor:*** *Prof. Dr. Ţeposu şi Dr. Ionescu-Miltiade.*
7. ***Osteosinteza:*** *Dr. P. Topa şi I. Făgărăşeanu.*
8. ***Neoplasmele limfatice*** *(Histologie cu aplicaţiuni terapeutice): Conf. Dr. Em. Crăciun.*
9. ***Actinomycoza genitală:*** *Dr. Dan Mavrodin.*
10. ***Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale:*** *Agr. Dr. I. Jianu şi Prof. Dr. Buzoianu.*

Domnii colegi participanţi, sunt rugaţi să ia parte la discuţiunea rapoartelor şi pot să facă comunicări.

Cu ocazia acestei reuniuni se va da o atenţie deosebită şedinţelor operatoare, la care vor lucra pe lângă chirurgii noştri şi chirurgii străini.

Societatea de Chirurgie dorind să contribue la apropierea popoarelor prin ştiinţă, se va pune bazele „Federaţiei de Chirurgie a Micei Înţelegere, Poloniei şi Ţărilor vecine", *iniţiativă pusă în serviciul ştiinţei şi păcii (Raportor Agr. Dr. I. Jianu).*

Preşedintele societăţei — *Secretar general*

Agr. Dr. Ion Jianu. — ***Dr. St. Popescu.***

AVIS IMPORTANT

a) *Căile Ferate Române au binevoit să acorde o reducere de 50% participanţilor. De asemenea s'a obţinut reduceri la hotel.*

b) *Adeziunile şi titlul comunicărilor se vor adresa, înainte de 10 Octombrie a. c., d-lui* Agr. Dr. Ion Jianu, *Preşedintele Societăţii de Chirurgie, Str. Câmpineanu Nr. 52, Bucureşti.*

c) *Un program detaliat se va trimite ulterior.*

d) *Pentru d-nii colegi, funcţionari, se vor obţine concedii dela autorităţile respective.*

Primul Congres Naţional pentru boli contagioase, *se va ţine în zilele de 26—28 Octomvrie 1934, la Craiova, sub înaltul patronaj al M. S. Regelui Carol II.*

Primul Congres Naţional de radiologie şi electrologie medicală. *Congresul are loc în zilele de 26, 27 şi 28 Octombrie a. c., sub patronajul D-lui Ministru al Instrucţiunei Publice, D-l Prof. Dr. C. Angelescu, în localul Facultăţei de Medicină, din Bucureşti.*

Se vor discuta: Colecystografia, Röntgen-diagnosticul tuberculozei intratoracice, la copii, Radioterapia în cancerul sânului, Actinoterapia în erizipel.

CONCURSURI:

— La 30 Noembrie 1934, ora 9, începe, la Bucureşti, la Ministerul Sănătăţii din Calea Griviţei Nr. 64—66, concursul pentru medici, în specialitatea neuro-chirurgie.

La aceiaşi dată şi în acelaşi local, însă la orele 16, începe şi concursul pentru medici de spitale mixte.

Condiţiunile generale şi speciale, pe cari, candidaţii trebue să le satisfacă, se găsesc detaliat expuse, pentru concursul de neuro-chirurgie, în Monitorul Oficial Nr. 236 din 12 Octombrie 1934, Partea I-a, iar pentru concursul de medici de spitale mixte, în Monitorul Oficial Nr. 237 din 13 Oct. a. c., Partea I-a.

Examen de capacitate pentru medicii sanitari. *In ziua de 19 Noemvrie 1934, ora 16, se ţine la Ministerul Sănătăţii examenul de capacitate pentru medicii sanitari de circumscripţii rurale, urbane şi medicii comunali.*

Condiţiunile admiterii la acest examen sunt prevăzute în art. 196 din legea sanitară şi condiţiile speciale ale art. 7 din legea modificatoare a legii sanitare, publicată în M. O. Nr. 167 din 19 Iulie 1934.

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de câte 3 luni (după obţinerea titlului de doctor în medicină) într'un serviciu de boale infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatori de clinici cari vor dovedi că au făcut aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul constă din: 1. O probă scrisă din higienă şi boli infecţioase; 2. O probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă; 3. O probă de obstetrică.

Cererile de înscriere vor fi înaintate Ministerului împreună cu actele şi suma de Lei 1000 cu cel puţin 30 zile libere înainte de începerea examenului.

Concursul de chirurgie generală. *In ziua de 1 Noembrie 1934 ora 9 a. m., începe concursul pentru medici primari de chirurgie generală, la Ministerul Sănătăţei, în Calea Griviţei 66.*

Concursul va avea loc în condiţiunile articolelor 196 din legea sanitară şi art. 10 din legea sanitară modificată, publicată în M. O. Nr. 164 — 19 Iulie 1934.

După proba de titluri, lucrări şi activitate în specialitate, vor fi încă două probe clinice şi două practice.

* * *

Mişcare de personal, numiri noui, informaţii:

— Pe ziua de 1 Octomvrie 1934, s'a făcut următoarea mişcare de personal medical, numindu-se, ca medici stagiari, la circumscripţiile din judeţele depinzând de Inspectoratul General Sibiu:

In judeţul Alba: Dr. Crişan Mircea Sever, la circ. Hăpria; Dr. Grunhut Eugen, la circ. Ponor.

In judeţul Braşov: Dr. Stoia Ioan, la circ. Codlea; Dr. Sechely Vasile, la circ. Prejmer; Dr. Grădină Const., la Ambulatorul Buzaele-Ardelene.

In judeţul Târnava-Mare: Dr. Tilicea Ioan, la circ. Mediaş.

In judeţul Târnava-Mică: Dr. Bod Ioan Eugen, la circ. Blaj.

In judeţul Trei-Scaune: Dr. Munteanu Victor, la circ. Hăghig; Dr. Balogh Andrei, la circ. Zagon.

— Pe ziua de 15 Octomvrie 1934, dl Dr. Vasile Nestor, medic asistent la Spitalul I. C. Brătianu din Buzău, a fost detaşat a face serviciul la spitalul din Abrud, secţia chirurgicală.

— In urma stăruitoarelor demersuri susţinute pe lângă d-l Ministru Dr. Costinescu, d-l Inspector General Sanitar Dr. Stoichiţia a obţinut imediata înfiinţare a încă 11 circumscripţii sanitare rurale, repartizate între judeţele aparţinând de Inspectoratul condus de d-sa.

Cu ocaziunea recentei vizite şi inspecţiuni, făcută de d-l Ministru, asistat fiind de d-l Inspector General Dr. Stoichiţia, s'a procedat, pe loc, la instalarea, la posturile respective, nou înfiinţate, a următorului personal medical, numit pe ziua de 1 Octomvrie a. c.:

In județul Alba: Dr. Lucaci Simion, la circ. Fărău; — Dr. Mihălțeanu Simion, la circ. Măgina; — Dr. Ordeanu, la circ. Săsciori și Dr. Alexei Popp, la circ. Galda de jos.

In județul Făgăraș: Dr. Stoia Ioan, la circ. Vaida-Rece.

In județul Odorheiu: Dr. Constantinescu Frangu, la circ. Vlăhița.

In județul Târnava-Mare: Dr. Perciun N., la circ. Buia.

In județul Târnava-Mică: Dr. Frățilă Ioan, la circ. Bichiș.

In județul Trei-Scaune: Dr. Stoica Vasile, la circ. Micfalău.

Au mai rămas să se completeze posturile nou înființate: Mociu, din județul Brașov și Armeni, din județul Sibiu, în persoana candidaților propuși de către dl Inspector General Dr. Stoichiția.

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante și de regim

Pentru

COPII ȘI ADULȚI

anemici, debili, reconvalescenți

boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandați

Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz

Knorr

Făinuri din orez, orz și porumb
Tapioca și Sago. — Numai

KNORR

LABORATORUL „MEDICIS“

BUCUREȘTI I., Strada Bărăției Nr. 48.

•••

FORTOGENE,

tonic recalcifiant, reconstituant al sistemului nervos și osos. Gust delicios.

Doza: trei linguri pe zi adulții, trei linguriță pe zi copiii.

LAXOGENE,

laxativ perfect din ol. parafini bidistilat și aromat.

Doza: Seara 2—3 linguri în puțin ceai sau lapte îndulcit.

EUPECTIN Sirop,

contra tusei, cu bază de codeină, Ca. chlorath, epfedrină naturală și luminal.

Doza: Adulții 3 linguri, copiii 3 linguriță pe zi.

UROCIDE Tablete,

hexametilene-tetramină chimic pur, foarte ușor solubil în tablete à 0.50 gr.

Doza: 3—4 pastile pe zi, fiecare dizolvată într'un pahar cu apă.

Dr. THILO & Co., Fabrică chimică, Mainz.

•••

PASTILE THYANGOL

Compoziție: P.-Aminobenzoesaüreaethylester 0.03; Phenacetin 0.08; Thimol, Menthol 01. Eucalipti aa 0,0015.

Contra ori căror afecțiuni ale gâtului și în special la anghine. Pastila se suge încet până la terminare.

Zilnic 6—8 pastile, copiii mai puțin, după vârstă.

Reprezentant: J. Zelter, București 3., Str. Profetului 9.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru administrație, la Drogueria I. Baciu, str. Regina Maria 10, Sibiu.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1934.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles — **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

CHINOIN·S·A·

Cholagog cu efect sigur şi constant, administrându-se per — os, în afecţiunile ficatului şi ale sistemului biliar:

Bilagit

Choleretica . . Sare de sodiu a acizilor biliari
Cholagoga . . Olei de mentă pip.
Desinfectanta . Hexametilentetramin
Antispasmotica Novatropin şi paraverin
Laxativa . . . Phenolphtalein

Împiedecă formarea calculelor biliare,
Măreşte peristaltica intestinală,
Suprimă durerile convulsive,
Reduce inflamaţiunea,
Măreşte secreţia biliară,
Desinfectează bila.

Flacon original conţinând 20 sau 40 tablete drageate.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

CU R 133 —1934—

Anul I. No. 11—12. 20 Lei Exemplarul. Nov.—Dec. 1934.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

8 44

Comitetul de direcţie:
Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie:
Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie:
Drii I. Beu, A. Burlă, N. Comşa, I. Cosma, G. Ghiţescu, I. Gheorghiu, N. Hozan, I. Ilcuş, L. Ionaşiu, C. Manta, Mavru, N. Mihail, V. Mitter, R. Moga, Gh. Păcurar, C. Pascu, D. Roşca, I. Slavu, I. Sturza, H. Tănăsescu, F. Vilt.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500
Redacţia: Spitalul Public, Serviciul chirurgical, Sibiu.
Administraţia: I. Baciu, Str. Reg. Maria 10, Sibiu.

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Mijloace noui în combaterea mortalităţii copiilor în ţara noastră . . . . . Pag. 449

Dr. Gh. Preda şi S. Cupcea: Examinarea eficienţei intelectuale la bolnavii mintali „ 462

Docent Univ. Dr. A. Iancu: Erorile cele mai frecvente în diagnosticul şi terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului . . . . . „ 469

Dr. Liviu Ionaşiu, Dr. Cornel Lungu şi S. Iosif: Hereditatea în Schizofrenie . . . „ 476

Dr. Tiberiu Schultz şi Dr. Albert Zink: Consideraţiuni asupra maladiei Nicolas-Favre în legătură cu un caz . . . . „ 481

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Necesitatea înfiinţării unei Asociaţii a medicilor sanitari . . . Pag. 486

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma: Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu. Comuna Jina „ 490

Revista cărţilor . . . . . „ 496

1. Elemente de Fiziologie medicală, de *Prof. Dr. Gh. Popoviciu.*
2. Fundaţia Rockefeller, Raport anual 1933.
3. Pericolul aerian şi mijloacele de apărare, de *Lt.-Col. Roată Victor.*

Revista revistelor . . . . „ 498

Note de terapeutică . . . „ 501

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . . „ 502

Note şi informaţiuni . . . „ 512

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. MITROPOLIEI Nr. 17

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziţie cu un gust foarte plăcut de Liquor mangano zaharat de fer cu 5% de glicerofosfat de Na cu şi fără Arsen. O sticlă originală conţine **250 gr. suficient pentru 7 zile,**
Se află în toate farmaciile cu preţul de **Lei 85·—**

Indicaţiuni:

In toate formele de anemii (Fe., Mn); chloroză, boale nervoase (P), histerie,

neurastenie, senilitate, astenie şi surmenaj general,

în convalescenţă; reconfortant excelent indicat mai ales

după boalele infecţioase şi după operaţii, la epuizare intelectuală şi corporală;

în tuberculoză generală şi pulmonară (reducerea secreţiunilor prin Mn.),

în diatezele exsudative, rachitism, boala lui Basedow,

la boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei;

în neuroză şi ulcer gastric, hiperclorhidrie şi atrofia mucoasei stomacale (Achilia gastrică),

în eczemele cronice (As) şi fosfaturie etc.

Farmacia „La Primărie“ O. Alesi, Sebeş-Alba.

Stimate Coleg,

Cu numărul prezent „SIBIUL MEDICAL" își încheie primul an de apariție. „Tabla de Materii" publicată la sfârșitul acestui număr este indicatorul conținutului bogat științific și informativ al primului an de activitate și suntem convinși că D-voastră dimpreună cu noi apreciați după merit munca ce s'a depus la aceasta revistă și recunoașteți nivelul la care ea s'a ridicat. Revista va continua să apară în aceleași condițiuni tehnice și administrative și în anul 1935, asigurându-și de pe acum colaborarea permanentă a celor mai de seamă profesori și conferențiari dela Facultățile noastre de Medicină. In afară de aceasta „SIBIUL MEDICAL" se va ocupa tot mai intensiv de problemele de organizare sanitară și profesională, insistând în mod deosebit asupra medicinei preventive și a organizării sanitare în mediul rural.

Cum însă revista noastră nu este subvenționată de nimeni fiind avizată a se întreține aproape exclusiv din taxele de abonament, vă rugăm cu toată căldura stimate Coleg de a ne trimite cât mai grabnic posibil taxa de abonament pentru anul 1935 ***și întru cât ați fi în restanță și pentru anul 1934 care a expirat****. Abonamentul pe un an pentru medici și personalul sanitar rămâne de Lei 120, iar pentru instituții Lei 500. Abonamentul se va trimite prin mandat poștal pe adresa Administrației Revistei Sibiul Medical, Sibiu Str. Regina Maria 10.*

Vă rugăm, stimate Coleg, a nu lăsa fără răspuns modesta noastră cerere.

„SIBIUL MEDICAL".

Anul I. Nr. 11—12. 20 Lei Exemplarul. Nov.—Dec. 1934.

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Ephetonin Merck

în astmul bronşie şi alte boli alergice, precum şi în bronşite şi slăbirea circulaţiei

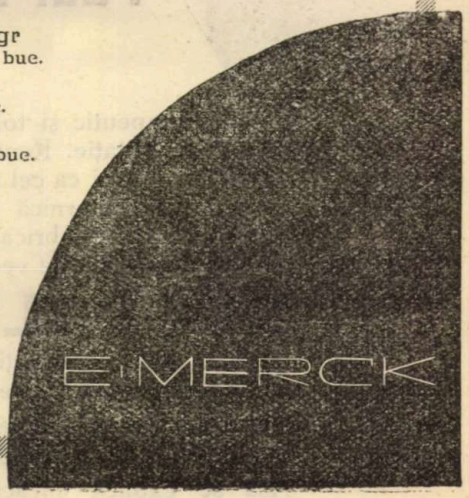
FORME ŞI AMBALAJE:

Tablete Ephetonin à 0,05 gr
Ambalaj original cu 10—20 buc.
Perle Ephetonin à 0,01 gr
Ambalaj original cu 50 buc.
Fiole Ephetonin à 0,05 gr
Ambalaj original cu 5—10 buc.
Alifie Ephetonin 3%
Tub original cu 10 gr.

Dovedit ca bun şi prin prescrierea multor reţete

E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ŞTIINŢIFIC,
Bucureşti III, Str. Anastase Simu 6 (în dosul Ateneului)



SIBIU, 1934

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

Reducere de preţ! Neosalvarsan s'a eftinit din nou **cu cca. 20%!**

Neosalvarsan

Produsul original Paul Ehrlich

Efectul terapeutic şi toleranţa sunt neîntrecute de nici o imitaţie. Renumit în toată lumea de peste 20 de ani ca cel mai desăvârşit remediu, ca cea mai puternică armă contra sifilisului. Fiecare serie de fabricaţiune controlată şi examinată din punct de vedere clinic de către stat.

NEOSALVARSAN

întrece chiar prescripţiunile de standardizare ale comisiunei de igienă a Ligei Naţiunilor.

Nici o altă firmă din lume nu dispune ca noi de experienţe egale în fabricaţiunea arsenobenzenelor.

Aşa se explică eficacitatea şi superioritatea Neosalvarsanului faţă de celelalte arsenobenzene.

Preţul considerabil redus: se obţine şi în ambalaje de câte 10 fiole din aceeaş doză.

»Bayer-Meister Lucius«
LEVERKUSEN A. RH.

Reprezentanţa generală pentru România:
„PHARMA"-Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu 53.
Telefon: 3-9285, 3 9286.

Mijloace noui în combaterea mortalităţii copiilor în ţara noastră *)

de

Prof. **Dr. Gh. Popoviciu.**

Secţia de Puericultură a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj, având menirea să organizeze lupta contra mortalităţii infantile din Ardeal şi să dea instrucţiile tehnice necesare, a căutat să se *documenteze, prin studii* făcute la *Serviciul său de copii* şi cu ocazia *anchetei internaţionale* din Plasa model Gilău [1,2]) asupra *cauzelor* adevărate ale *morbidităţii şi mortalităţii copiilor*, cât şi asupra *mijloacelor* cele mai efective în *combaterea lor* [3]).

Rezultatele studiilor ce le-am făcut în anii 1930—34, au fost publicate în lucrări ştiinţifice, putând servi celor interesaţi. Deasemenea am prelucrat în *Instrucţiile Institutului de Igienă şi Sănătate Publică* din Cluj redactate de dl Prof. *Moldovan*, toate capitolele cari privesc *Ocrotirea mamei* şi a *copilului* (pre-intra, şi post-natală până la vârsta şcolară), am pregătit un *Anteproiect* al *legii ocrotirei mamei* şi a *copilului* şi am dat o *revistă generală* asupra *lucrărilor de puericultură şi pediatrie* scrise de autorii *români* în sec. 19 şi 20.[5],[6]).

---

*) Concluzii din cercetările Secţiei de Puericultură a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj din anii 1930—1934.

1) *Gh. Popoviciu:* Cauzele şi prevenirea mortinatalităţii şi a mortalităţii copiilor sub 1 an în Ardeal. — Rev. Ig. Soc. Nr. 8, 1932.

2) *Gh. Popoviciu:* Mortalitatea infantilă în Ardeal. Cauze şi mijloace de combatere. — Cluj, Transilv. 1933.

3) *Gh. Popoviciu:* Problemele puericulturei în Apus şi la noi. — Rev. de Igienă Nr. 6, 1932; Cluj. Med. Nr. 6, 1932; Bul. Eug. şi Biopol. 1934 (în curs de publicare).

4) *Gh. Popoviciu;* Ocrotirea mamei şi copilului (din Instrucţiile Institutului de Igienă şi Săn. Publ. Cluj, Secţia VI—VII). Consideraţii generale asupra combaterei morbidităţii şi mortalităţii copiilor (Fasc. 1—24).

5) *Manicatide—Popoviciu:* Rev. franç. péd. 7. Nr. 3, 1931;

6) *Popoviciu:* Contribuţiuni româneşti în pediatrie şi puericultură (sec. 19—20). Cluj, Med. 1933—34.

Vom reda în cele ce urmează, pe scurt numai concluziile studiilor originale, făcute în mare parte în colaborare cu Institutul de Fiziologie din Cluj, importante din punct de vedere practic, medical[1]).

A. Măsuri medicale în combaterea turburărilor digestive şi de nutriţie.

Cercetările făcute de secţia noastră interesează mai puţin combaterea turburărilor digestive, mai puţin frecvente la noi, ca afecţiunile respiratorii şi în genere bolile infecţioase, cât şi cele cari diminuă rezistenţa organismului. Deaceea am studiat mai mult mijloacele cari asigură o *bună nutriţie, mărind rezistenţa*, inclusiv pe acelea cari combat *turburările digestive din timpul infecţiunilor*.

Sub raportul acesta este important să se cunoască precis turburările produse printr'o hrană săracă în *vitamine*. Se ştie astăzi că vitaminelor le revine un rol important în apărarea organismului faţă de diferite infecţii şi invers, că regimurile sărace în vitamine scad rezistenţa faţă de bolile infecţioase.

a) De dată recentă s'a arătat (*Geiger* şi colaboratorii) că *lipsa vitaminei B, ar agrava turburările grave gastrointestinale ale copiilor de sân*, sau ar fi chiar *cauza* lor.

1. In această ordine de idei, în parte în colaborare cu *Munteanu*[2],[3]) am arătat că *turburările digestive* survenite în cazul trecerii brusce a iernii prelungite *într'o primăvară prea caldă* (anul 1932) *sunt mult mai grave*, dând o mortalitate mai mare, *ca cele din timpul verii* chiar.

Cauza este lipsa vitaminei B_1, datorită lipsei mărite de zarzavaturi, legume sau fructe proaspete în hrana copilului sau a mamei, când iarna a fost prelungită. Pe de altă parte copilul de sân deosebit de avid de vitamine, este profund devitaminat, din cauza infecţiunilor multe şi grave din cursul iernei prelungite, acestea producând epuizarea rezervei de vitamine.

2. Turburările digestive toxice ale copiilor de sân prezintă, ca şi avitaminoza B_1, *mărirea glioxalului eliminat prin urină*. Această analogie între cele două turburări, explică agravarea turburărilor digestive prin lipsa vitaminei B_1.

Aceste cercetări ale noastre de acord cu ale lui *Geiger* făcute în Orient, ne indică un *nou mijloc profilactic şi curativ*, vitamina B_1, de o eficacitate promptă în *combaterea turburărilor digestive* ale copiilor.

Pe noi aceste rezultate ne interesează cu atât mai mult, întrucât ele se referă la *turburările digestive dela sfârşitul anotimpului rece, relativ mai frecvente* în comparaţie cu ţările apusene mai civilizate, ca cele estivale prevenite la noi prin alimentarea naturală a copilului şi prin bogăţia în vitamine;

---

[1]) v. pelele 8–34.

[2]) *Popoviciu:* Cluj. Med. No. 12, 1933.

[3]) *Gh. Popoviciu-Munteanu:* C. r. Soc. Biol. 1934.

b) Un bun mijloc, pân' la un punct tot vitaminos, în combaterea *turburărilor digestive parenterale*, produse prin infecţiunile ibernale, cu deosebire de cele gripale, este *regimul cu mere* recomandat recent de *Moro* în turburările *alimentare* ale copiilor.

Eficacitatea lui în acest grup de turburări alimentare a fost arătat de *Popoviciu-Benetato.*[1] [2] Tratamentul cu piureu de mere este deosebit de indicat la noi, atât prin simplitatea de a fi întrebuinţat, cât şi din cauza frecvenţei, relativ şi absolut mari, a turburărilor digestive parenterale. El poate fi dat fie în formă de piureu, fie în formă de supă, pregătită din mere cu coajă şi nu prea coapte, având o eficacitate mai promptă. In bronchopneumonia complicată cu diaree acută şi cu stare gravă de nutriţie, se pot obţinea rezultate strălucite. De altcum regimul cu mere pare util şi în *gripele* copiilor, *necomplicate* cu turburări digestive, prevenind evoluţia lor spre forme grave;

c) Dacă prezenţa sau lipsa vitaminelor B şi C joacă un rol preventiv, în combaterea respectiv agravarea turburărilor digestive ale copiilor, în schimb *vitaminele A şi D* interesează mai mult bolile aparatului respirator.

1. Lipsa vitaminei A şi D ca factor agravant al mortalităţii infantile, rezultă şi din datele anchetei internaţionale.[3] In afară de lipsa lor inevitabilă în cursul iernii şi la începutul primăverii din cauza conţinutului vitaminei în genere redus al alimentelor, la noi se mai adaogă o suprimare specială a lor în *cele două posturi mari:* al Crăciunului şi Paştelor. Posturile se succedează tocmai în acest anotimp la un interval adesea foarte scurt, pe dealtăparte ele sunt încă destul de sever ţinute în unele regiuni de populaţia românească. Hrana săracă în grăsimi poate produce grave lipsuri de vitamină A (emeralopie).

Cu deosebire însă prin lipsa vitaminei D, datorită tot hranei sărace în grăsimi, postul vine să accentueze şi mai mult carenţa produsă prin lipsa razelor ultraviolete. Aşa se explică *accentuarea deosebită a mortalităţii infantile româneşti* în lunile de iarnă şi dela *începutul primăverii.* In special lipsa vitaminei D favorizează producerea infecţiunilor, în primul rând a complicaţiunilor grave gripale şi pneumococice, responsabile de mortalitatea acestui anotimp.

Tot lipsa de vitamine ar putea să explice *mortalitatea mărită a băeţilor, faţă de fete, prin bronchopneumonii.*

Copiii de sex masculin trebuesc consideraţi ca mai *sensibili faţă de carenţe,* fiind în genere mai desvoltaţi ca cei de sex femenin. Trebuinţa de vitamină a organismului în creştere, mai desvoltat, este mai accentuată. Influenţa specială a carenţei de raze ultraviolete şi a lipsei de vitamină antirachitică în hrană, asupra frecvenţei şi gravităţii bronchopneumoniilor la băeţi rezultă din exagerarea ei, cu deosebire în plasa Gilău, în comparaţie cu celelalte plase româneşti ale anchetei internaţionale.

---

[1]) Cluj. Med. No. 4, 1931.

[2]) Rev. franc. péd. 7, No. 4, 1931.

[3]) v. No. 1 şi 2.

Intr'adevăr plasa Gilău prezintă condiţiile *cele mai nefavorabile* sub acest raport, din cauza situaţiei sale geografice. Ea este înconjurată dinspre sud şi vest de un masiv muntos, satele fiindu-i ascunse după dealuri în văi relativ mai puţin însolate. Această situaţie specială agravează consecinţele iernei mai lungi din această regiune, inclusiv ale hranei mai insuficiente. Deaceea mortalitatea băeţilor din lunile reci este mai accentuată în această plasă, ca în districtele anchetelor din alte regiuni româneşti (Bucureşti, circumscripţia Tomeşti). Cu deosebire pentru circumscripţia anchetată din Capitală (Obor) se poate admite o mărire a rezervei de vitamine a copiilor din cauza situaţiei de mai la sud şi a abondenţei consecutive de raze ultraviolete, cât şi a unei hrăni mai bogate în vitamine, chiar şi în timp de iarnă. In special populaţia ţigănească nomadă, relativ numeroasă în această circumscripţie, poate fi considerată ca păstrând din lunile de vară o rezervă mărită de vitamine. Această rezervă este mai puţin epuizată în lunile de sfârşit de toamnă şi început de iarnă. De aceea în aceste luni, când bronchopneumoniile reapar din ce în ce mai frecvent, mortalitatea, în special a băeţilor, este în genere încă scăzută.

O variaţiune sezonieră se observă şi în ceeace priveşte *mortinatalitatea pe sexe.* In sfârşit *mărirea natalităţii masculine* corespunde până la un punct în regiunile româneşti anchetate, cu deosebire în plasa Gilău, bogăţiei în vitamine a părinţilor, concepţiile masculine fiind mai numeroase în special în cursul verii.

2. Că într'adevăr vitamina D are un rol însemnat în combaterea infecţiilor căilor respiratorii, inclusiv a bronchopneumoniei am putut s'o arătăm, alături de cercetările noastre vechi prin observaţiunile făcute pe copiii secţiei noastre în cursul iernii.[1], [2]) Copiii trataţi în prealabil cu *raze ultraviolete sau substanţe iradiate* prezintă o rezistenţă cu atât mai mărită, cu cât doza administrată este mai suficientă. Rezistenţa copiilor viguroşi, netrataţi, scade spre sfârşitul iernii, din cauza reducerii rezervei de vitamină D. Ca-l şi P-l variază în genere în conformitate cu aceste diferenţe, confirmând concluziunile clinice şi profilactoterapice de mai sus.

3. Problema rachitismului şi a vitaminei antirachitice, complicată cu problemele imunităţii şi a alimentării, suscită cel mai mare interes practic. Pentru noi ea are o *importanţă specială* [3]).

Se ştie că formele cele mai grave de rachitism se văd la popoarele meridionale, când ele ajung în condiţii igienice nefavorabile şi la un minus de raze ultraviolete. Aşa în Statele Unite cei cari devin rachitici şi mai puţin rezistenţi faţă de boli sunt copiii italienilor şi ai Negrilor, din rasse mai pigmentate şi cu o trebuinţă mărită de raze ultraviolete, pe care nu o pot satisface la New-York, în comparaţie cu vechia lor patrie şi faţă de Anglosaxoni cari sunt adaptaţi. Deasemenea poporul nostru, sudestic, mai pigmentat, s'a desvoltat ca rassă sub acţiuni intensive de soare. Dar *obişnuit cu extremul de vară, simte cu atât mai*

[1]) *Gh. Popoviciu-A. Popescu:* Cluj. Med. No. 2, 1933.
[2]) *Gh. Popoviciu:* Paris médical 1933.
[3]) *Popoviciu:* Cl. Med. Nr. 2, 1933.

mult lipsa razelor în lunile de iarnă. Această lipsă este foarte accentuată la noi din cauza oscilaţiunilor mari dela extremul de vară spre extremul de iarnă, caracteristice climatului nostru: pedeoparte o vară foarte caldă, cu soare, pedealtăparte o iarnă aspră şi deobiceiu lungă, deopotrivă grea la munte şi şes, din cauza apropierii stepei ruseşti. La acestea se adaogă lunile ploioase de toamnă şi primăvară, condiţiile mizere de locuinţă şi regimul alimentar bogat în cereale, cu deosebire în porumb. Avem adică adunaţi împreună toţi factorii rachitogeni, demineralizanţi, sigur nu indiferenţi în ceeace priveşte morbiditatea şi mortalitatea noastră exagerată, cu deosebire iarna şi primăvara, în vârstele de copilărie.

4. Efectul *demineralizant, rachitogen al cerealelor* în special al porumbului, rezultat din cercetările lui *Mellanby-Holst, György-Popoviciu-Tamaisu Sano* [1]) a fost demonstrat la copii pentru făina de grâu şi ovăs de *Brown Burnton,* pentru porumb de *Niţescu-Popoviciu-Opreanu.* [2], [3])

5. Experienţele noastre *(György-Popoviciu-T. Sano)* pe animale (şobolani) arată că dintre toate cerealele *porumbul* este *cel mai rachitogen,* urmat în ordine descrescândă de făina de orez, ovăs şi grâu. La copii regimul de porumb (mămăligă) are un efect net demineralizator, rachitogen, mărind eliminarea de Ca şi P în fecale şi a P-lui în urină, faţă de regimul cu făina de grâu (pâine). Acest efect este exagerat în lesiunile osoase şi când regimul cu porumb este asociat cu legume. Efectul demineralizant, rachitogen, al porumbului este contrabalansat de razele ultraviolete şi prin asocierea cu laptele şi brânza în regim. La ţară efectul demineralizator este combătut în partea mai însemnată a anului, prin razele solare. In cursul iernei însă trebue compensat efectul porumbului printr'un regim mai potrivit şi prin reducerea raţiunei de cereale, în special a celei de porumb. Excesul acestuia din urmă poate favoriza scăderea rezistenţii organismului şi explică astfel, pentru ţara noastră mărirea morbidităţii şi mortalităţii infantile, accentuate tocmai n lunile reci.

Măsurile de igienă alimentară luate în consecinţă, ar putea să aibă *repercusiuni favorabile asupra morbidităţii şi mortalităţii* în genere accentuată în acest anotimp, mărind prin reducerea porumbului în regim, deci prin reducerea factorilor rachitogeni, rezistenţa organismului faţă de infecţiuni.

Compensarea efectului rachitogen al cerealelor şi în special al porumbului prin mijloacele dietetice arătate întrebuinţate de populaţie în mod empiric inclusiv prin razele ultraviolete, explică de ce aceste regimuri sunt suportate de massele largi ale populaţiei, fără ca un efect *deteriorant asupra rassei* să se fi produs.

In genere regimurile bogate în cereale sunt larg întrebuinţate de *popoarele din Orient,* dar sunt răspândite şi în unele regiuni din Nord-Vest, aşa la Scoţieni. La aceste popoare pretutindeni efectul rachitogen al cerealelor este compensat prin alte alimente, bogate în vitamina antirachitică. Astfel Scoţianul consumă, ală-

[1]) Zeitschr. f. Kinderheilk. 55. 442. 1933.
[2]) C. r. Soc. Biol. 1933.
[3]) Rev. Şt. Med. Nr. 11. 1933.

turi de cereale, mult lapte şi peşte. Sub acest raport este de remarcat, că la noi porumbul se completează cu lapte şi brânză, antirachitogene, mai puţin în regiunile de sud mai insolate, unde contrabalansarea se face în mod mai suficient prin vitamina produsă sub influenţa razelor solare. Tot efectul rachitogen al cerealelor îl combate obiceiul ouălor de Paşti bogate în vitamina D şi consumate tocmai la o dată când demineralizarea, produsă pe urma lunilor neinsolate, este mai accentuată.

Rezultatele asupra efectului rachitogen al cerealelor nu discreditează astfel *utilitatea lor*, cu deosebire la copii, unde ele au o acţiune eutrofică şi în acelaş timp menită să combată (în forma de supe de orez, ovăs, porumb) turburările digestive. Este numai necesar, ca regimul de cereale să fie în mod corespunzător completat. Fără îndoială mijlocul principal de compensare în ţările, unde regimul de porumb este răspândit, sunt razele ultraviolete. Nu este o întâmplare că acest regim a putut găsi o răspândire largă tocmai în ţările cu mult soare, ca România, Italia, Statele Unite.

S'ar putea chiar, ca în aceste ţări efectul demineralizant al porumbului să servească pentru a *combate efectul contrar — toxic — al vitaminei D*, când ea este produsă peste limitele fiziologice, prin excesul de soare din timpul verii. In această ordine de idei unele rezultate mai noui ale d-nei *Mellanby* arată că o asociere a factorilor antirachitici cu cerealele dă rezultate mai bune în ceeace priveşte combaterea cariei dentare, un semn al rachitismului, decât administrarea izolată a vitaminei fără cereale.

In tot cazul viitoare cercetări vor trebui să stabilească *gradul de carenţă* în vitamina D al regimului de porumb, în diferitele sale forme dela noi, pentru a se putea apoi găsi mijloacele cele mai bune (substanţele alimentare, doza de vitamină D) prin cari ele pot fi completate.

5. Pentru combaterea demineralizării este practic de mare importanţă aplicarea unor *mijloace, uşor de câştigat* şi de întrebuinţat în păturile populaţiei sărace dela ţară.

Sub acest raport *Niţescu-Popoviciu-Benetato* şi *Popoviciu-Bologa-Benetato*,[1] în continuarea cercetărilor lui *Bossányi* şi ale lui *Niţescu-Popoviciu-Ungureanu*[2], au arătat că *măduva osoasă* şi extractul său au o acţiune antirachitică, ce se măreşte prin iradierea organismului cu raze ultraviolete. Acţiunea trebue datorită activării sterolilor pe cari îi conţine, prin raze, cât şi depozitării în măduva osoasă a vitaminei antirachitice formată în organism. Aceste rezultate sunt de o importanţă practică, indicând un mijloc disponibil pentru masele populare, util în combaterea rachitismului şi a noxelor cauzate prin lipsa razelor ultraviolete, acolo unde nu pot fi întrebuinţate preparatele antirachitice, medicamentoase.

6. O problemă de o deosebită importanţă practică, pusă în legătură cu administrarea preparatelor antirachitice, este *toxicitatea lor* şi modul de a combate acest efect nociv al lor.

---

[1]) C. r. Soc. Biol. 1931; Cluj. Med. 1931.

[2]) C. r. Soc. Biol. 99, 894. 1928.

S'a crezut conform unor rezultate anterioare (1929—30) ale lui *Windaus*, că acțiunea toxică a dozelor mari sau prelungite de preparate antirachitice n'ar fi datorită unei ipervitaminoze, ci unui amestec al preparatului cu produși toxici, rezultați simultan cu cel antirachitic cu ocazia iradierii. Totuși cercetările lui *György-Popoviciu* [1]) și ale lui *Popoviciu* [2]) au arătat că efectele dozelor mari, toxice de ergosterol iradiat, prezintă oarecum negativul metabolismului din rachitism — tetanie. Deci fenomenele toxice trebuesc datorite dozelor excesive ale preparatelor de ergosterol iradiat, adică în cele din urmă unei *supradozări a însești vitaminei antirachitice*.

Această concepție a găsit o confirmare strălucită prin cercetările mai recente ale lui *Windaus*, cari au arătat că însaș vitamina cristalizată pură, este toxică în doze mai mari. *Nu există deci vitamină antirachitică, netoxică în doze mari.*

Nu mai puțin adevărat este însă, că în ergosterolul iradiat se mai găsesc, alături de vitamina D_2 (vitamina antirachitică) și alți produși toxici cari n'au nici o acțiune antirachitică. Produșii toxici izolați după metoda lui *Windaus* cu acțiune antirachitică minimală, pot produce ipercalceemie și iperfosfatemie la animalele sănătoase sau paratiroidectomizate *(György-Popoviciu, Popoviciu, Nițescu-Popoviciu, Popoviciu-Nițescu)*. Un asemenea efect la animalele rachitice se obține numai cu produși cari au un efect antirachitic accentuat.

Cu alte cuvinte, la animalele rachitice efectul ipercalceemizant și iperfosfatemizant al preparatelor de ergosterol iradiat merge paralel cu titrul lor antirachitic, iar la cele sănătoase sau paratiroidectomizate cu titrul toxic. Animalele normale nu pot servi la etalonarea efectului antirachitic al preparatelor de ergosterol iradiat. Metoda propusă de *Warkany* de a uza de așanumita curbă fosfatemică, — adică de ridicarea P-ului sanghin după săruri anorganice, administrate per os iepurilor *normali* și care este mărită după preparatele iradiate de ergosterol, — *nu poate servi ca metodă de etalonare a titrului antirachitic*, cum credea autorul.

Intr'adevăr *Popoviciu* a arătat cu ajutorul unui procedeu de titrare întrebuințat pentru întâiadată, că și *ridicarea curbei fosfatemice merge paralel*, la iepurii normali propuși de *Warkany*, cu titrul toxic și nu cu cel antirachitic al preparatelor. *Nițescu-Popoviciu, Popoviciu-Nițescu* arată, în parte de acord și cu cercetările mai vechi ale lui *Urechia-Popoviciu* și *Holtz-Schreiber*, că efectul ipercalceemizant și iperfosfatemizant al preparatelor de ergosterol iradiat în tetania paratireopriva, datorită tot titrului toxic și nu celui antirachitic, este chiar favorizat prin lipsa paratiroidelor, poate și printr'a tiroidei. deopotrivă îndepărtate în tiroparatiroidectomia făcută la câini.

Bazați pe aceste rezultate, cât și pe cele de mai sus ale lui *György-Popoviciu* și *Popoviciu, Popoviciu-Nițescu* cred că lipsa *efectului toxic al preparatelor de ergosterol iradiat, în rachitism, ar trebui datorit iperplasiei compensatorii a paratiroidelor* arătată de *Erdheim, Pappenheimer* etc., atât pentru rachitismul copiilor, cât și pentru cel experimental produs pe animale. Paratiroidele iperplasiate

---

[1]) Jahrb. f. Kinderheilk. *132*. 34. 1931.

[2]) Jahrb. f. Kinderheilk. *132*. 286. 1931.

combat efectul toxic al acestor preparate, dar acționează sinergetic cu efectul lor antirachitic. Ele sunt probabil chiar stimulate de aceasta din urmă, și împiedecate prin efectul toxic.

La organismele normale, din cauza funcțiunei paratiroidiene, mai redusă ca în rachitism, *efectul toxic se manifestă relativ mai liber, iar cel antirachitic se suprimă.* Treapta a 3-a o reprezintă în această serie lipsa paratiroidelor, când efectul toxic se produce fără nici o inhibire.

Iperplasia paratiroidelor în rachitism explică faptul foarte important din punct de vedere practic, că în această boală efectele toxice ale preparatelor iradiate se produc relativ foarte rar. Preparatele pot fi administrate practic *fără pericol în cursul iernei* și la *începutul primăverei,* când stările de rachitism și de alte carențe, chiar fără semne evidente clinice, sunt atât de frecvente. *Ele nu trebuesc însă date copiilor normali* și celora, cari nu suferă de lipsa de raze.

O altă însemnătate a cercetărilor noastre *(Popoviciu-Nițescu)* rezultă din legătura strânsă pe care am observat-o între cele două efecte, — toxic și antirachitic, — ale preparatelor de ergosterol iradiat. Ea ne-a făcut să pledăm, de acord cu cercetările arătate ale lui *György-Popoviciu pentru natura unitară a acestor două efecte, datorite unei și aceleiași substanțe, vitaminei antirachitice.* Ea produce unul din cele două efecte: pe cel antirachitic sau toxic, după doza întrebuințată și în conformitate cu modificările din funcțiunea paratiroidiană.

Aceste premise ale noastre, cum am mai accentuat, au fost *dovedite ca juste* prin rezultatele recente ale lui *Windaus,* cari au arătat că într'adevăr preparatul pur cristalizat de vitamină antirachitică, așa numita vitamină D_2, este și el toxic când se administrează în doze mari.

7. Din ansamblul cercetărilor noastre, făcute în parte în colaborare sau ca o continuare a cercetărilor grupului german asupra elucidării modului de acțiune și caracterului chimic al vitaminei D_3 *(Windaus, György),* se desprinde ca practic mai importantă scăderea rezistenței rachiticilor față de infecțiuni, în special față de ale căilor aeriene. Astfel rachitismul trebue considerat, ca unul din plăgile cele mai serioase cari bântue în copilărie, fiind *una din cauzele indirecte, cele mai importante a mortalității copiilor de sân.* Intr'adevăr el pregătește terenul pentru infecțiile căilor aeriene, favorizând agravarea gripelor și a complicațiilor pulmonare și mărind astfel mortalitatea infantilă dela sfârșitul iernii și începutul primăverii, deosebit de ridicată la noi.

Sub acest raport este sigur foarte important să se cunoască *mecanismul, prin care rezistența organismului scade în rachitism față de* diferite *infecții.*

Observată pentru întâiadată în cercetări experimentale de *György-Popoviciu,* scăderea rezistenței față de afecțiunile gripale a fost confirmată multiplu de toți

cercetătorii cari s'au ocupat de această latură a problemei. După o concepție a lui *Popoviciu* [1]), cauza rezistenței scăzute trebue căutată în *metabolismul redus ca intensitate* în rachitism. Aceasta diminuare a proceselor de metabolism merge paralel și poate este chiar cauzată până la un punct de scăderea P-lui din sânge, a Ca-lui, cât și prin toate fenomenele cari însoțesc sau dau prin lipsa vitaminei D acidoza rachitică.

Intr'o ordine analoagă de idei, de dată recentă, împreună cu *Benetato* [2]) am arătat cu metoda indubitabilă a lui *Warburg*, că *glicoliza* este *scăzută* în rachitismul experimental.

De acord cu *Freudenberg-Welcker* și *György-Brehme-Brahdy*, această scădere trebue datorită acidozei rachitice. Ea indică adică reducerea intensității proceselor de ardere și explică astfel odată mai mult *scăderea mijloacelor de apărare* față de noxele infecțioase.

8. Scăderea glicolizei în rachitism explică *reducerea creșterii* în această boală.

Intr'adevăr *Popoviciu-Benetato-Munteanu-Sorescu* [3]) au arătat, de acord cu *György*, o serie de modificări ale chimismului sanghin (acid lactic, glucoză, CO_2 total, pH, Ca, K, P) cari arată că creșterea merge paralel cu mărirea glicolizei, deci cu degradarea mărită a idraților de carbon în acid lactic. Prin aceasta organismul în *creștere își câștigă energia necesară.*

Conform cercetărilor noastre razele ultraviolete intensifică glicoliza și creșterea pedeopotrivă. Așa se explică *creșterea mărită* a copiilor și adolescenților în primele luni de *primăvară*.

9. Diagnosticul rachitismului, urmărirea efectelor terapeutice și toxice a mijloacelor antirachitice, studiul cauzelor rachitogene cât și al metabolismului creșterii și al gradului de rezistență a organismului infantil față de infecții, sunt strâns condiționate de cunoașterea nivelului P-lui din sânge. Este important ca sângele luat în acest scop pentru determinarea P-lui, să fie de cantitate cât mai mică, examenul trebuind repetat adesea în serie la același copil sau animal. O metodă, pe care am modificat-o în mod corespunzător, permite determinarea P-lui chiar din *câteva picături de sânge.* [4])

In principiu, am perfecționat și adaptat metoda lui *Tisdall-Brehme-Lépski* preparând reactivul de P după tehnica originală a lui *Tisdall* cu acid nitric (1,40); pedealtăparte întrebuințând reactivii ceilalți, inclusiv cel de P, în proporția în care este redus serul sau sângele (de 10—20 ori) față de metoda lui *Tisdall*. In sfârșit am adaptat metoda pentru cantități de P, mărite mult peste limitele obișnuite (în efectul toxic al mijloacelor antirachitice).

---

[1]) C. r. Soc. Biol. 100. 377. 1929 Cluj. Med. Nr. 5, 1929.

[2]) C. r. Soc. Biol. 1934.

[3]) C. r. Soc. Biol. *114*. 332. 1933; Cluj. Med. Nr. 7, 1933.

[4]) *Popoviciu:* Bull. Soc. Biol. *13*. Nr. 5. 548 1931; *Popoviciu-Oprișiu:* Cluj. Med. Nr. 9. 1931.

B. Combaterea afecţiunilor căilor respiratorii.

Am arătat, că una din cele mai mari plăgi ale copilăriei la noi sunt afecţiunile căilor respiratorii, culminând în broncho-pneumonie şi pleurezie. Mijloacele menite să le combată, sunt înainte de toate profilactice şi interesează *vitaminoterapia*, în primul rând împiedecarea carenţei în vitamina antirachitică şi în razele ultraviolete.

Am arătat în cele de pân'aici, că într'adevăr complicaţiile gripei, inclusiv bronchopnenmonia pot fi cu cel mai bun succes combătute prin *vitamina C* şi cu deosebire prin *vitamina D.*

O altă latură a problemei este *combaterea curativă* a afecţiunilor aeriene, în special a bronchopneumoniei şi pleureziei purulente, complicaţiuni temute cu deosebire la copilul de sân şi mic.

1. Rezultate strălucite se obţin în tratamentul gripelor şi în complicaţiunile sale catarale, în primul rând în bronchopneumonie, prin tratamentul combinat de *chinină cu eter*, introdus de dată recentă de *Goldschmidt.*

Impreună cu *Nicolae*[1]) am înregistrat între cei dintâiu eficacitatea promptă a injecţiilor de chinină combinată cu eter şi uleiu camforat *(chinaether-Richter)* în bronchopneumoniile copiilor, chiar în doze foarte mici. Tratamentul pare a fi mult superior injecţiilor de chinină combinată cu camfor fără eter (transpulmin) ceeace rezultă din deosebirile mari în *mortalitatea copiilor trataţi, redusă* la minimum prin chinina cu eter. Efectul imediat al injecţiilor de chineter se manifestă într'o scădere a temperaturei, ameliorarea pulsului, diminuarea dispneei şi a tusei. Injecţia este indoloră.

2. *Pleureziile purulente* sunt o a doua complicaţie gravă a infecţiunilor aeriene din copilărie. Mijloacele de combatere sunt foarte numeroase, în parte totuş fie prea riscate, fie insuficient de efective şi greu de utilizat în practica mare.

Impreună cu *Toma*[2]) am întrebuinţat şi perfecţionat metoda autopioterapiei recomandată mai nou de *Flesch.*

Injecţiile de *doze mai mari, până la 10 cm³ puroiu* evacuat prin punctie din cavitatea pleurală, dau rezultate mai bune ca dozele originale mai mici, întrebuinţate de *Flesch.* Autopioterapia poate fi combinată cu optochina.

Rezultatele noastre, la copii de sân şi copii mai mari, arată *utilitatea deosebită* a acestui tratament. Prin *simplicitatea sa,* metoda promite să cucerească un *teren larg,* devenind un bun mijloc în combaterea uneia din cauzele mai însemnate a mortalităţii infantile, în special a copiilor de vârsta mai fragedă.

---

[1]) *Popoviciu-Nicolae:* Cluj. Med. No. 10, 1933.

[2]) *Popoviciu-Toma:* Cluj. Med. No. 7, 1931; Rev. franç. péd. 1934.

C. Combaterea bolilor infecţioase acute şi cronice.

Profilaxia bolilor transmisibile este una din problemele cele mai însemnate ale puericulturei. La noi în special problema intră în primul plan, din cauza preponderenţei *bolilor infecţioase* acute, în primul rând a scarlatinei şi pojarului. In ultimii ani difteria a devenit iar mai frecventă şi gravă.

Intre bolile infecţioase cronice cu deosebire *tuberculoza* prezintă un pericol grav.

Combaterea bolilor infecţioase trebue să fie o preocupare din cele mai principale, cu deosebire în *colectivităţile infantile*, în primul rând în mediul spitalicesc.

Gruparea la un loc al unui material de copii bolnavi de diferite infecţii, cât şi vulnerabilitatea particulară a copiilor faţă de germeni chiar banali, constitue un teren deosebit de favorabil pentru transmisiunea acestor boli şi un *curs deosebit de grav al lor.*

Profilaxia şi tratamentul bolilor contagioase ale copiilor s'a îmbogăţit în ultimii ani cu *însemnate mijloace* din domeniul *sero-vaccino* şi *chimioterapiei*, cât şi *profilaxiei.*

Ele n'au fost de loc sau au fost *insuficient încercate la noi*, lipsind experienţele cari să arate particularităţile locale ce se observă în epidemii şi în modul de a le combate, cu deosebire în instituţiile de ocrotire închisă.

Rezultatele noastre interesează combaterea *scarlatinei*, a *pojarului*, a *difteriei* şi *tuberculozei*, în special în colectivităţile de copii.[1] [2] [3] [4] [5] [6].

1. Am reuşit astfel să combatem cu succes epidemiile de *pojar* din serviciul nostru, cu *sânge matern* combinat cu ser de convalescent, împiedecând propagarea boalei chiar dela început.

Recomandăm întrebuinţarea cât mai largă, în primul rând a sângelui matern cu atât mai mult, întrucât el este uşor disponibil. Pe de altă parte el poate *opri urmările* dezastruoase ale epidemiilor cauzate de pojar, cu deosebire grave în *colectivităţile infantile dela noi.*

Astfel îndată după războiu, într'o instituţie de asistenţă infantilă, o epidemie de pojar a secerat în scurtă vreme pe *toţi* cei vre-o 60 copii adăpostiţi în acel institut (*Manicatide).*

2. Deasemenea am combătut dela început propagarea *scarlatinei* în serviciul nostru, întrebuinţând profilactic ser şi vaccin antiscarlatinos (anatoxină) la copiii susceptibili.

---

[1] *Popoviciu-Popescu:* Cl. Med. Nr. 9, 1931.
[2] *Popoviciu-Toma-Morariu:* Soc. Péd. Paris, 1933.
[3] *Popoviciu-Russu:* Cl. Med. Nr. 9, 1933
[4] *Popoviciu-Nicolae:* Cl. Med. Nr. 3, 1933.
[5] *Popoviciu:* Congr. al 2-lea de tuberculoză, Cluj 1933.
[6] *Popoviciu:* C. r. Soc. Biol. 1934.

3. Am asigurat un curs uşor unei epidemii de *varicelă*, prezentată cu un debut malign, varicelizând copiii în mod profilactic prin injectarea conţinutului de veziculă variceloasă, diluat cu ser fiziologic la $^1/_2$—$^1/_3$ (după preconizările lui *Ferencz, Finkelstein, Benini).*

4. Am desinfectat cu succes cavitatea nazofariangină a purtătorilor de difterie cu novarsenobenzol (0,15 gr. la 1 cm^3 apă, 3—4 picături în nas odată pe zi, 4 zile consecutiv), mijloc recomandat de către *Lereboullet* şi *Nobécourt.*

5. Am confirmat prin observaţiile noastre fenomenul *unicităţii* cazurilor de difterie, descris de Moldovan.

Nevoiţi să reţinem un copil în serviciu, bolnav de difterie, am observat creşterea numărului purtătorilor fără să se mai fi ivit noi cazuri de difterie. Pierderea virulenţei bacilului difteric în colectivităţi de copii, analoagă celor văzute în familii, se explică în conformitate cu *teoria lui Moldovan* prin identitatea florei microbiene şi acomodarea bacilului difteric la această floră. În colectivităţi unicitatea cazurilor nu se vede, decât în cazul unor *condiţii asemănătoare mediului familiar* (serviciul de copii de sân şi de copii mici cu hrană asemănătoare, alăptare de către aceleaş femei, contact prin bae, veselă etc.)

6. Recunoaşterea cât mai precoce a *tuberculozei* se poate face cu ajutorul noilor modificări ale reacţiilor de tuberculină, preconizate de *Trambusti* şi *Scarzella.*

Reacţia lui Trambusti se produce prin înţeparea pielei (intracutan) cu un ac subţire de siringă (0,6 mm diametru), introdus la 1 cm adâncime, în o soluţie de tuberculină 10% (diluţie 1 : 10).

Reacţia lui Scarzella este modificarea reacţiei lui *Moro.* Modificarea constă în faptul că, în loc de a se degresa pielea cu eter se freacă pe o întindere de 4—5 cm. printr'un tampon cu vată înmuiat în soluţie de idrat de sodiu de 10—15%. Se aplică apoi, după uscarea pielii cu alt tampon, tuberculina.

Rezultatele noastre prezintă un interes particular, fiind făcute pe *categorii de vârstă mai puţin sau de loc considerate* de autorii, cari ne-au premers în studiul acestor reacţii. Astfel noi am cercetat copiii mici, în mare parte de sân şi suferind numai excepţional sau de scurt timp de leziuni tuberculoase manifeste, cât şi pe mamele lor.

In plus condiţiile noastre de tehnică au fost mai ideale, servindu-ne de preparatele cele mai indicate din punctul de vedere al valorii diagnostice. Astfel în reacţia lui Scarzella am întrebuinţat *pasta diagnostică de tuberculină a lui Moro.* Faţă de alţi autori, am confruntat un număr mai mare de reacţii, inclusiv cele de control *(Mantoux* 1 : 1000 şi 1: 10,000, *Trambusti* 1 : 5 şi 1 : 10, *Moro* original, *Moro-Scarzella şi Pirquet.)*

Cercetările noastre arată că reacţia *Scarzella* este mai sensibilă, ca reacţia *Moro* originală şi reacţia Pirquet, rivalizând cu sensibilitatea reacţiei Mantoux 1:1000. *Reacţia Trambusti* se *apropie de sensibilitatea* reacţiei Mantoux 1:1000. Avantajul reacţiilor *Scarzella* şi *Trambusti* este simplitatea execuţiei. Ele se pretează deci uşor pentru o largă întrebuinţare practică. Reacţia *Scarzella* este de preferat reacţiei *Trambusti,* ca tehnică şi ca valoare de diagnostic.

7. Cercetările noastre au arătat, că atunci când organismul se infectează cu tuberculoză, coeficientul Ca×P obținut din înmulțirea valorilor Ca-lui și P-lui din sânge, se ridică peste normal. Adică pare să existe o *reacție biochimică* foarte sensibilă, care poate servi la depistarea cazurilor de tuberculoză, recent infectate.

In cazurile învechite sau în vindecare, Ca×P scade spre normal, iar în cele progresânde sub valorile normale. Aceste reacții biochimice pot să ajute *diagnosticarea precoce*, cât și *stabilirea pronosticului tuberculozei.*

Aceste concluzii ale noastre găsesc un *sprijin* în cercetările lui *Manicatide-Zavergiu-Theodoru* (1929) ulterioare primelor cercetări ale noastre (1928). Ei găsesc o scădere a rezervei alcaline cu atât mai accentuată, cu cât tuberculoza copilului este mai gravă.

De dată de tot recentă (1934) *Bălănescu-Zamfir-Oeriu-Stăncescu, confirmă pe deplin rezultatele noastre*, găsind diferențe analoage între formele inițiale înaintate și tratate de tuberculoză pulmonară în ceeace privește Ca—1, P—1, K—1 și colesterina din sânge.

TRATAMENTUL FITOTERAPIC AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieții genitale, turburări funcționale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului și sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: G. REAUBOURG, Paris.

Literatură și eșantioane:

GEORGES VERGLAS

I. Str. Precupeții Vechi — București, Sectorul 3.

Spitalul de boli mintale Sibiu. Laboratorul de psihologie experimentală.

Examinarea eficienței intelectuale la bolnavii mintali.

Aplicarea testelor de performanță la demenți*)

de

Dr. G. Preda și **S. Cupcea.**

Una dintre contribuțiunile cele mai importante pe care psihologia experimentală le aduce psihiatriei este metoda științifică, obiectivă, de a determina nivelul mental al bolnavilor. Măsurarea inteligenței, utilizată în toate clinicile americane, câștigă teren și în Europa, chiar și în țările unde psihologia aplicată este mai puțin desvoltată, cum este Franța. Profesorul Claude, — vorbind despre ameliorările și remisiunile observate în Paralizia generală în urma noilor metode de tratament, — spune că în fața acestor probleme medicul trebue să încerce o judecată bazată pe maximum de garanții. Nu mai este suficient un examen clinic, chiar riguros: dacă voim să urmărim modificările realizate sub influența terapeuticei, noi trebue să recurgem la examinări nu numai foarte riguroase și precise, ci la examinări care din timp în timp se pot suprapune și compara, la examinări psihologice.

Este necesar desigur să cunoaștem în mod precis nivelul mintal al bolnavului la intrarea în spital, după tratament, și la ieșirea din spital, iar prin compararea acestor date putem să ne dăm seama de evoluția stării bolnavului.

Pentru examinările nivelului mintal psihologia ne pune la dispoziție mai multe mijloace; seriile de teste de inteligență sunt foarte numeroase (Binet-Simon, Terman, Bobertag, Army Tests, etc.).

Testele de inteligență măsoară cu o suficientă preciziune vârsta intelectuală a bolnavului, în momentul examinării. Găsind etatea mintală scăzută, nu știm încă dacă bolnavul este demențiat, ori n'a avut

*) Comunicare făcută la al XIV-lea Congres român de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie (1934).

niciodată o inteligență superioară. De ex. vârsta mintală de 7 ani, constatată la un bolnav, nu ne spune dacă acest bolnav este un oligofren care nici odată n'a trecut de acest nivel intelectual, sau este un demențiat, care a putut să atingă, înainte de boală, un nive mintal superior.

Ori pentru clinician este importantă cunoașterea nivelului mintal pe care l-a avut bolnavul înainte de declararea boalei. Un paralitic general, care înainte de boală a avut nivelul de 9 ani, și a ajuns prin demențiere la nivelul mintal de 7 ani, nu este identic cu un alt bolnav cu nivelul actual tot de 7 ani, dar care înainte a prezentat o vârstă mintală de 14 ani. Și din punct de vedere terapeutic, o ameliorare de 2 ani este o remisiune totală pentru întâiul, nefiind decât o îmbunătățire parțială pentru al doilea.

Cum am putea să ne formăm o ideie despre vârsta mintală pe care bolnavii au avut-o înainte de boala lor? Cunoaștem eficiența mintală actuală a bolnavilor, iar dacă am cunoaște nivelul mintal dinainte de boală, printr'o simplă scădere am obține coeficientul de deteriorare mintală al fiecărui bolnav.

Această problemă a încercat să o rezolve Babcock. Testul de deteriorare mintală al lui Babcock încearcă să măsoare nivelul mintal actual al pacientului; apoi nivelul mintal cel mai înalt pe care pacientul l-a atins înainte de boală, iar din discordanța dintre aceste două date ne dă o cifră care să exprime deteriorarea suferită de pacient. Când ambele examinări ne dau același rezultat, însemnează că bolnavul respectiv n'a suferit un proces demențial.

Pentru a măsura nivelul mintal dinainte de boală, Babcock utilizează asociațiile vechi, formate de bolnav. Facultatea de a fixa impresiuni noi este diminuată după gradul maladiei, dar impresiunile vechi, asociațiile vechi, rămân mult timp neatinse, — exceptând viteza lor de evocare. Vom putea să ne dăm seama de nivelul mintal dinainte de boală al subiectului cu ajutorul asociațiilor vechi pe care bolnavul le va putea evoca (indiferent de viteza de evocare), iar prin teste care vor ține seama de formarea de noui asociații, vom măsura eficiența lui mintală actuală.

Asociațiile vechi utilizate de Babcock sunt cuvintele, vocabularul: „Cuvintele odată învățate nu se uită ușor, ci rămân ca o indicație a abilității mintale pe care pacientul a avut-o odată; anumite feluri de cuvinte nu pot fi învățate în general de persoane de un nivel intelectual inferior, iar tipul de cuvânt pe care cineva poate să-l învețe este într'o puternică corelațiune cu inteligența, mai ales măsurată pe baza criteriului abilității școlare".

Faptul că bogăția vocabularului este în strânsă corelație cu desvoltarea mintală, a fost pus de altfel în evidență înainte de A. Descoeudres, care are o scară de inteligență bazată pe examinarea cunoștințelor de vocabular (Descoeudres dă etaloane pentru două categorii sociale în parte: vocabularul denotă gradul de inteligență în cadrul aceloraș condiții de educație). Claparède, care a controlat aceste teste, spune că ele ne dau mai mult o „etate linguistică", însă prin faptul că desvoltarea vocabularului este în strânsă legătură cu inteligența, se vor putea utiliza aceste teste pentru depistarea desvoltări psihice.

Babcock utilizează testul de vocabular al lui Terman, care constă dintr'o listă de cuvinte din ce în ce mai dificile, pe care subiectul examinat trebue să le definească.

De altă parte, cu o altă serie de teste (de memorie, atenție, etc.), bazate pe viteza de formare de noui achiziții și noui asociații, măsoară eficiența mintală actuală a subiectului. Diferența dintre această eficiență și nivelul mintal arătat de testele de vocabular (ambele serii fiind etalonate de subiecți normali), ne dă gradul de deteriorare mintală.

Această metodă a fost controlată de Ph. Wittman: „Testul de deteriorare Babcock este un mijloc demn de încredere — spune Wittman — pentru a măsura ameliorarea paraliticilor generali impaludați. Teoria pe care s'a bazat autorul, anume că scara de vocabular dă o măsură definită a abilității mintale inițiale a pacientului, este confirmată de rezultatele noastre". Dăm după Wittman indicele medii de deteriorare mintală obținute la diferitele categorii de bolnavi (J. of. abnorm. and. soc. psychol. 1933—1934 pg. 70).

Deteriorarea medie.

Paralizia generală	—5.	1 ani
Alcoolism	—2.	3 ani
Psih. epileptică	—5	4 ani
Schizofrenie	—0.	8 ani (f. variat)
Psihoză periodică	—2.	4 ani
Encefalite	—3.	3 ani
Psihonevroze	—0.	6 ani
Psih. arteriosclerotică	—4.	9 ani

Eroarea posibilă după Wittman ar fi pentru acest test de un an.

* * *

Pornind dela aceste date am aplicat și noi la bolnavii mintali metode psihologice pentru măsurarea inteligenței.

Pentru a măsura eficienţa mintală actuală a bolnavilor am căutat teste care 1, să nu ceară o exprimare verbală sau scrisă, şi 2, să trezească interesul bolnavilor. Aceste două condiţii le-am găsit realizate la testele de performanţă. Testele de performanţă sunt probe pentru a căror rezolvare nu se cere exprimarea verbală sau scrisă, ci numai manipulare tacită a diferitelor părţi din test, rezolvarea lor se întâmplă pe un plan concret. I se cere subiectului deci să rezolve anumite situaţii concrete, să reconstituiască anumite figuri, etc. Prin timpul utilizat de subiect măsurăm posibilităţile lui de rezolvare a unei probleme nouă, deci adaptarea lui inteligentă.

Testele de performanţă pe care le-am utilizat au fost luate în majoritate din scara lui R. Pintner şi D. Paterson (utilizată între altele şi la Clinica psihologică din Ohio). Sunt următoarele: 1. Goddard Form — Board; 2. Testul cu 5 figuri (The Five Figure Board — Paterson); 3. Testul cazuist (The Casuist Form Board — Knox); 4. Testul lui Healy (Healy Puzzle A.); la acestea am mai adăogat şi 5. Cubul lui Loewe.

Paralel cu aceste teste am aplicat şi un test de vocabular după Terman. Iar testele de performanţă în unele cazuri le-am controlat şi cu scara lui Bobertag.

Am examinat 32 schizofrenici, 31 paralitici generali, 2 Dem. senilă şi câteva cazuri cu alte tablouri clinice.

Rezultatele obţinute de noi sunt următoarele:

Testele de performanţă. Luând bolnavii global, schizofrenicii utilizează mai puţin timp pentru rezolvarea seriei noastre de teste de performanţă, decât paralitici generali.

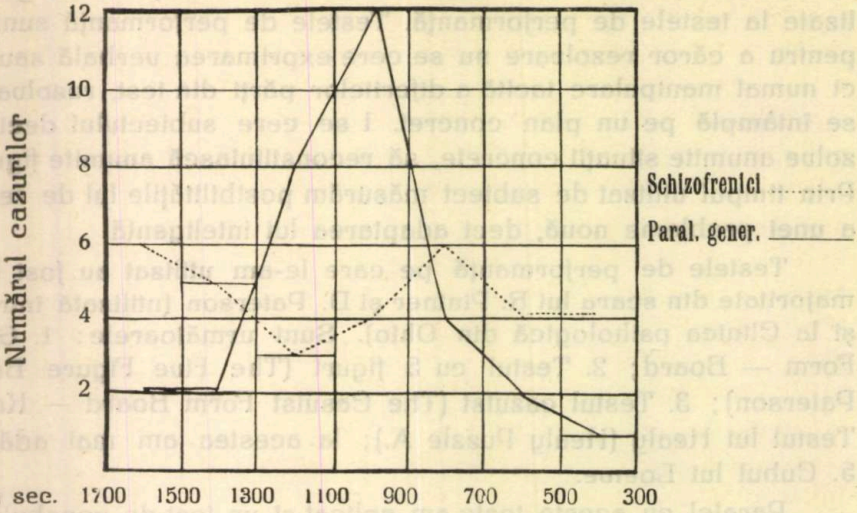
Iată medianul rezultatelor:

Schizofrenicii 904 secunde
Paraliticii gen. 1055 secunde.

Dacă dintre schizofrenici scoatem câţiva cari în momentul examinării au fost foarte negativişti, medianul pentru schizofrenie rămâne 812 secunde.

Grupul paraliticilor generali, din punctul de vedere al rezultatelor este mult mai omogen, schizofrenicii fiind mai dispersaţi. Dacă exprimăm rezultatele obţinute, prin metoda curbei de distribuţie a lui Gauss (având pe abcisă timpul, iar pe coordonată numărul cazurilor), vedem că distribuţia paraliticilor generali este simetrică în jurul unui tip de frecvenţă maximă (care se află între 900 şi 1100 secunde) pe când schizofrenicii se distribue în mod foarte larg, negativismul tinzând să contrabalanseze inteligenţa uneori aproxi-

mativ păstrată. Curba de distribuţie a schizofrenicilor are un vârf (mod) între 700 şi 900 secunde, iar un alt vârf între 1500 şi 1700 secunde.



După cum vedem paralizia generală progresivă prezintă o curbă de distribuţie monomodală, iar schizofrenia o curbă bimodală. Curba bimodală denotă, fie lipsa de omogenitate a unui grup examinat, fie interferenţa a doi factori cari determină rezultatele măsurate. Se pare că în cazul de faţă adevăratul nivel mintal ar fi reprezentat prin modul 700—900 secunde, iar vârful al doilea (1500—1700 ar fi datorit negativismului, care ar contribui ca al doilea factor în determinarea rezultatelor.

Schizofrenicii negativişti, care dau rezultate inferioare luând în considerare timpul global de rezolvare a seriei de teste de performanţă, au adesea un timp foarte bun în rezolvarea singuraticelor figuri din test, (un test fiind compus adesea din mai multe figuri), pierzând apoi prin diferite mişcări, cum ar fi scoaterea figurilor bine plasate etc. De aceia credem interesant ca să se facă un etalon şi pe timpul parţial necesitat de rezolvarea fiecărei figuri singuratice.

Testul de vocabular. Paralel cu aceste teste neverbale, am aplicat un test de vocabular după Terman. Testul constă dintr'o serie de 145 cuvinte — aranjate după dificultate, — pe care pacientul trebue să le definească. Cu acest test am încercat să constatăm dacă bolnavul mai păstrează în urma demenţierii, vechile asociaţii şi achiziţii verbale, şi în ce măsură.

Rezultatele noastre sunt următoarele: Dacă prin păstrarea vocabularului înţelegem păstrarea cuvântului chiar fără ca să-i mai fie păstrat înţelesul, atunci putem spune că vocabularul se păstrează

indiferent de deteriorarea mentală. Putem să evocăm cuvintele pe care bolnavul le-a utilizat înainte de boală, dar adesea bolnavul nu mai păstrează înţelesul cuvântului. De exemplu: întrebând un bolnav ce este „abcisa", el răspunde „coordonata". Asociaţia este corectă, arată că bolnavul a utilizat cândva aceşti termeni. Dar acelaş bolnav în faţa unui grafic nu este în stare să indice, nici aproximativ, o abcisă sau o coordonată.

Deci putem ca prin definiţii în parte şi prin asociaţii să evocăm achiziţiile verbale vechi. Adesea bolnavul nu mai păstrează înţelesul cuvântului, totuşi cuvântul poate fi considerat ca indicator al unei asociaţii utilizate cândva de bolnav.

Se pune însă problema: aceste cuvinte adesea fără înţeles, nu se pierd şi ele paralel cu deteriorarea mintală? La această întrebare vom răspunde căutând corelaţia dintre aceste două serii de fapte. Intre gradul de inteligenţă măsurat cu testele de performanţă şi cunoştinţele de vocabular ale bolnavilor, am găsit coeficientul de corelaţie + 0.06, deci aproape zero.

Acest coeficient arată că nu este o legătură mai importantă între numărul cuvintelor ştiute de bolnav şi gradul lui de demenţă.

Există însă o strânsă legătură între profesiunea bolnavului şi rezultatele date la testul de vocabular, indiferent de sindrom şi grad de deteriorare mintală. Rangurile obţinute după cifrele date de vocabular corespund aproape perfect cu ordinea profesiunilor. Dăm o parte din rezultate.

	Cunoaşte	Secunde întrebuinţate
Student farmacie	140 cuvinte	662
Profesor de liceu	139 „	372
Student în medicină	138 „	1410
Artistă de pian	136 „	984
Student medicină	136 „	787
Student medicină	134 „	1163
Student litere	134 „	1620
Ofiţer superior	133 „	1174
Medic	131 „	332
Artistă de pian	128 „	569
Student în drept	127 „	291
Contabil	127 „	1096
Student teologie	125 „	904
Ofiţer	123 „	1459
Patron — croitor	123 „	470
Soţie de preot	118 „	1311
Contabil	117 „	1249
Soţie de preot	109 „	771

	Cunoaşte	Secunde întrebuinţate
Negustor	107 „	1084
Conductor C. F. R.	101 „	804
Mecanic C. F. R.	98 „	371
Şofeur	91 „	1020
Lemnar	90 „	417
Rotar	87 „	1100
Plugar	85 „	517
Plugar	81 „	1089
Plugar	81 „	1026
Plugar	67 „	331

Acest exemplu ne arată că numărul de cuvinte cunoscute merge paralel cu profesiunea, indiferent de gradul de inteligenţă care la bolnavii de mai sus este foarte variat.

Deci vocabularul se păstrează (în sensul precizat mai sus), indiferent de eficienţa mintală actuală. El este în strânsă corelaţie cu profesiunea bolnavului, deci cu nivelul lui şcolar şi cultural. Dar acest nivel cultural nu este totdeauna paralel cu nivelul intelectual. Poate că am găsi o oarecare corelaţie între aceşti factori în cadrul aceleiaşi profesiuni. A forma etaloane pe profesiuni este însă o problemă foarte grea.

In concluzie: Dintre metodele încercate de noi pentru măsurarea inteligenţei, cea mai potrivită pentru a fi aplicată la bolnavii mintali este scara testelor de performanţă.

Măsurând cu aceste teste nivelul mintal al alienaţilor, am constatat că în general schizofrenicii utilizează mai puţin timp pentru rezolvarea acestor probleme, decât paralitici generali.

Paralitici generali formează un grup mai omogen (unimodal în curba lui Gauss), decât schizofrenicii, în a căror rezultate par a intra mai multe determinante (curbă de distribuţie bimodală).

Căutând să controlăm rezultatele obţinute de Babcock şi Wittman, am constatat că, putem vorbi de o păstrare a vocabularului (adesea fără înţeles) indiferent de gradul de deteriorare mintală, dar acest vocabular ne dă indicaţii mai mult asupra nivelului cultural atins de bolnav înainte de deteriorare mintală, decât asupra nivelului mintal propriu zis.

Vocabularul poate fi utilizat ca o indicaţiune aproximativă a inteligenţei în cadrul aceleiaşi clase sociale. Dar pentru a avea o orientare precisă asupra stării mintale anterioare a bolnavului, cea mai potrivită măsură este fişa psihologică, care întovărăşeşte fiecare individ în cursul întregii lui vieţi.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants)** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine) ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure) comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21.38

Preţ		Compoziţia	Indicaţia
1/1 110·—	**Arsotal** drageuri	Acid. Arsen.	Anemie, Leucemie,
1/2 60·—		Extr. Nux. vom.	Debilitate, Astenie,
		Guajacol. carb.	Neurastenie, Cloroză,
		Ferr. lactic.	Reconvalescenţă.
85·—	**Bronchotiofan** syr.	Ephedrin,	Bronşite, Catar pulm.
		Bromoform,	Pneumonie, Tracheită,
		Coff. Natr. benz.,	Laringită.
		Thyocol,	
		Princip. activi din Senega şi Aconit	
66·—	**Ipecodal** glb.	Codein phosph.	Anghină pectorală,
		Plv. Doweri	Bronşite,
		Acid. Acetylo.	Tuse rebele.
134·—	**Pulmorobin** syr.	Codein phosph.	Tuberculoză,
		Dionin syn.	Bronşită acută,
		Extr. Aconit	Catar pulmonar.
		„ Chinae	
		Guajacol lichid	
		Kal. sulfoguajacol.	
		Calc. glycerophosph.	
		Calc. lactophosph.	

Laborator Farm. „HYGEA“ Cluj

Erorile cele mai frecvente în diagnosticul şi terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului [1]

Docent Univ. **Dr. Axente Iancu,**
medic primar director al azilului
de copii din Cluj.

Nu credem că este nevoie ca să aducem date statistice pentru a demonstra că mortalitatea infantilă în ţara noastră este înspăimântătoare şi că un număr covârşitor de decese în vârsta primei copilării se recrutează printre sugarii suferinzi de turburările de nutriţie. Practica medicală atât în mediul orăşenesc, cât mai ales în cel rural este de natură să ofere un solid punct de orientare în confirmarea aserţiunei noastre. Marele şi durerosul tribut reclamat încă fragedei noastre copilării de turburările de nutriţie ne-au determinat alegerea subiectului anunţat.

Greşelile de interpretare ale acestor turburări pot să ne însoţească încă din primele zile ale vieţii şi sunt deci de natură să împieteze asupra măsurilor noastre de ordin terapeutic. Încă în primele zile ale vieţii (2—6 zile) se întâlneşte la nou născut o stare febrilă care poate atinge culmi respectabile, peste 39°, asociată de alteraţiunea mai mult sau mai puţin accentuată a stării generale. Starea febrilă la această vârstă poate fi în funcţie de diverşi agenţi patogeni, infecţii septopiemice, gripale, emoragii intracraniene etc. cu o evoluţie şi prognostic sever. Atragem însă atenţiunea asupra *febrei transitorii,*[2] care este o febră de exicaţiune sau de sete care se instalează cu precădere la noui născuţi primiparelor unde apariţia laptelui suferă o întârziere, iar noul născut duce lipsa lichidelor. Starea febrilă coincide de regulă cu punctul cel mai inferior al

---

[1] Extrasul conferinţei ţinute la 15 Noemvrie 1934 la „*Zilele medicale*“ dela Sibiu organizate de *Colegiul medical* şi de *Asociaţia Generală a medicilor din ţară, filiala Sibiu,* 15—18 Noemvrie 1934.

[2] Vezi *Prof. Dr. C. Grigoriu şi docent Dr. Axente Iancu:* Asistenţa facerii şi a noului născut, Cluj 1930 şi *Docent Dr. Axente Iancu: Copilul de curând născut,* Cluj, 1930.

curbei de greutate şi al scăderii fiziologice. Dacă ne vom gândi la posibilitatea existenţei acestei febre şi dacă vom administra lichide, sub formă de ceaiu, starea febrilă scade în 24 ore, iar celelalte eventuale fenomene se amendează. Administrării ei de ceaiu îi revine în acest caz şi valoarea unui mijloc pentru diferenţierea acestui sindrom dela celelalte aspecte morbide amintite mai sus. In primele săptămâni ale vieţii întâlnim fenomene de iritaţiune intestinală cu scaune mai numeroase şi de o consistenţă mai moale, care diferă de caracterul indicat în manualele clasice ca fiind propriu unui scaun normal. In cazul când sugarul se desvoltă normal şi nu prezintă nici un alt neajuns, când el mai continuă să crească în greutate, având un somn liniştit aceste fenomene iritative nu pot fi considerate ca fiind patologice şi prin urmare nu reclamă să fie tratate. Pentru a le diferenţia de celelalte grupe de diarei şi numim această dispepsie drept „*dispepsie fiziologică*“.[1]) Chiar dacă în afară de manifestaţiunile intestinale de mai sus sau independent de ele, s'ar prezenta *regularităţi* ori *vărsături* ele nu implică un tratament cu condiţiunea că nu împiedează asupra creşterii sugarului. Se va interveni însă necondiţionat în cazurile când creşterea încetează să se mai producă ori când ea este insuficientă. *Înfometarea* noului născut şi a sugarului atât a celor alăptaţi la sâni, cât şi a celor hrăniţi artificial poate da anse la interpretări eronate, determinând indicaţiuni terapeutice greşite. Suntem obişnuiţi să considerăm că înfometarea se manifestă prin constipaţie, nelinişte şi agitaţie. O parte a cazurilor de înfometare de fapt şi prezintă această simptomatologie. Nu trebue să se uite în schimb nici faptul că în înfometare mai putem întâlni şi scaune apoase diareice (diarhoea ex inanitione) şi chiar şi vărsături. Ori după cum suntem dispuşi să vedem în aceste două fenomene din urmă nişte simptome ale deranjului de stomac de obiceiu din cauza supra-alimentării şi ca o consecinţă oarecum logică să procedăm la suprimarea alimentaţiei şi la instituirea unui regim de înfometare, riscăm în lipsa unei cercetări mai atente să agravăm situaţia prin măsurile noastre de ordin terapeutic. Ca şi concluzie de ordin practic rezultă că în cazul de diaree şi chiar asociată cu vărsături să ne gândim între altele şi la posibilitatea unei înfometări, controlând cantitatea laptelui ingerat (controlând alăptările cu ajutorul cântarului, luând temperatura mamei simultan în axilă şi în plica submamară, o diferenţă de cel puţin 1/2-a în favoarea celei din urmă pledează pentru o secreţiune lactată suficientă (profesorul

[1]) Vezi şi *Docent Dr. Axente Iancu:* Ingrijirea şi alimentaţia copilului mic. Cluj, 1928. Biblioteca „Astrei“.

Moll,[1]) aceeaş semnificaţie este atribuită şi marilor cantităţi de lichide ingerate de mamele având o suficientă secreţiune a laptelui (profesorul *Allaria*), leziunile piodermice pot forma de asemenea un semn de subalimentaţie; urinile scăzute etc. Odată pus diagnosticul de înfometare se va lua măsurile de complectare a raţiei alimentare, stimularea sânilor pentru augmentarea secreţiei, alimentaţia mixtă, dubo (lapte complect cu 17% zahăr, supă untoasă-făinoasă a lui *Czerny-Kleinschmidt*, a lui *Moro*, păsatul (Kakesbrei) a lui Moll, pudingile de diferite sorte etc. *Dispepsiile infecţioase ori parenterale* la copilul la sân nu au nevoie să fie tratate prin mijloace de terapeutică alimentară când ele au o evoluţie benignă şi uşoară. Se schimbă însă situaţia când în legătură cu aceste dispepsii se instalează şi fenomene ale sindromului toxic ori toxi-infecţios, care impune o terapeutică mai activă şi când expectativa devine plină de pericole. *Diareile constituţionale* nu trebuesc supuse repetatelor cure de înfometare, vom face diagnosticul diferenţial cu cele provenite pe urma supra-alimentaţiei, subalimentaţiei celor parenterale şi infecţioase, durează dela naştere şi mai prezintă şi alte semne constituţionale ca: eczema, intertrigo, nevropatie, hidrolabilitate, rachitism etc. Ca terapeutică alimentară vom persista pe lângă regimul cu lapte de mamă complectându-l cu administrarea unor substanţe antifermentative ca: larosan, plasmon, nutrose, lactana dând din ele zilnic câte 10 gr. în 50 gr. apă minerală alcalină + 50 gr. apă obişnuită fiartă, îndulcite cu puţină zaharină, în două doze după alăptări. Trebue reţinut însă faptul că unii debili ori prematuri din primele săptămâni ale vieţii nu reacţionează bine la acesie preparate. Mai pot fi încercate ca terapeutică alimentară în diareile constituţionale şi complectările cu Buttermilch (zara) cu 3% zahăr + 3% făină, laptele albuminos ori laptele complect (100 gr. + 4—10) zahăr. Ca tratament medicamentos noi am preconizat preparatul numit „Calcibol" sec „Therapia", care după cum rezultă din denumire conţine mai multe sorte de calciu şi componente de bolus alba. Din numeroasele noastre observaţiuni rezultă că acest preparat poate fi întrebuinţat în toate formele de dispepsii mai ales ale sugarului alimentat la sân, componentele de calciu exercitând între altele şi un efect antifermentativ, iar cea de bolus unul antiinfecţios. Este contraindicat ca oricare alt preparat de calciu în diareile de putrefacţie. Primele trei luni ale vieţii un copil se caracterizează printre altele şi printr'o hidrolabilitate aşa zisă fiziologică dar care în anumite împrejurări (de ex. copii hidrolabili) poate împrumuta un aspect patologic de o

[1]) *Prof. Dr. Leopold Moll:* Säuling und Kleinkind Deuticke. Wien u. Leipzig 1929.

reală înrâurire asupra stării de nutriţiune. La cel mai mic incident de ordin alimentar, infecţios ori insuficientă îngrijire, mediu de colectivitate etc., sugarii hidrolabili se deshidratează devenind atrepsici şi sucombând. Poate că această categorie ar putea explica inadaptabilitatea desăvârşită a unor noui născuţi la alimentarea artificială cu lapte de vacă. *Hidrolabilitatea* ne mai poate induce în eroare la distroficii în convalescenţă cari la aparenţă se prezintă destul de bine pentru ca, la cea mai neînsemnată influenţă nocivă să urmeze o catastrofă. Un bun punct de orientare despre o rentabilă reparaţiune este furnizat şi de o creştere mulţumitoare în lungime, compensatorie deci exagerată cu tendinţa la suplinirea întârzierii suferite.[1] *Alimentul artificial trebue să fie potrivit, atât cantitativ, cât şi calitativ.*[2] Toate componentele îşi au rolul precis şi definit. Fără a putea trece pe toate în revistă insistăm asupra importanţei care revine hidraţilor de carbon. Concentraţia lor poate varia, ca fiind în funcţiune de trebuinţele individuale dar nu poate fi niciodată sub 5%. Chiar şi în cazul când am alimenta un sugar cu lapte de vacă nediluat deci complect, nici atunci zahărul conţinut în el nu ajunge. Insuficienţa hidraţilor de carbon determină tabloul clinic de „Milchnährschaden" ori „dyspepsie de lait de vache" ori pe românește „turburare de nutriţie prin alimentaţie unilaterală cu lapte", întâlnit foarte deseori la populaţiunea muncitorească din cartierele periferice ale oraşelor noastre. Carenţa lor în alimentaţia noilor născuţi şi a sugarilor din primele săptămâni ale vieţii pot declanşa stări de deshidratare fatale. Hidraţii de carbon mai constitue componenta foarte preţioasă şi în regimul sugarilor mai în vârstă şi hidrolabili. Toate celelalte componente alimentare ca grăsimi, substanţe proteice, săruri, lichide, vitamine, etc. trebue să fie cuprinse de asemenea în regimul unui sugar pentru ca acest regim să nu devină un regim carenţat care în mod natural produce stările de denutriţie prin carenţă. Tratamentul se va orienta în baza unor minuţioase investigaţiuni, ca principiu de bază poate fi admisă următoarea normă de conduită: nu vor fi înfometaţi distroficii cari nu prezintă diaree ci numai mici iritaţiuni intestinale cari se întâlnesc şi la sugarii alimentaţi artificial întocmai ca şi la sugarii din primele săptămâni ale vieţii, alăptaţi la sân. Evident însă că în cazul când fenomenelor de iritaţiune lo-

---

[1]) Vezi şi *Docent Dr. Axente Iancu: Actualităţi în Puericultură şi Pediatrie* Cluj 1932, cu o prefaţă de *prof. Dr. Titu Gane.*

[2]) Vezi şi *Prof. Dr. L. F. Meyer:* Krankheiten des Säulingsalters einschliesslich Ernährungs-pathologie und therapie. In Prof. Dr. Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irtümer und deren Verhütung. Thieme Leipzig 1924.

cală dela nivelul intestinului gros li s'ar mai asocia şi fenomene cu repercusiuni asupra stării generale, o restricţiune de regim se impune. Tratamentul subalimentării parţiale ori calitative constă în introducerea în regim a componentelor absente. Diareea sugarului din primele săptămâni ale vieţii mai ales când el mai face parte şi din grupa constituţiei slabe ori rele duce foarte uşor la atrofie.

Căderea în greutate a sugarilor constituţionali hidrolabili ne poate uşor determina ca în mod eronat să supunem pe posesorul acestei deviaţiuni dela normal, unor repetate cure de înfometare. Tot la categoria hidrolabililor va mai trebui să se evite şi înmagazinarea exagerată a lichidelor. Pentru aducerea la îndeplinire a acestui din urmă deziderat vom refuza să administrăm un regim prea concentrat de hidraţi de cărbune îngrijindu-ne în acelaş timp de înglobarea simultană în regim şi a componentei de substanţe grase, cărora le revine între altele şi rolul de retenţiune în reţinerea morbidă sau mai puţin fiziologică a lichidelor. Pentru o mai bună orientare repartizăm diareile copiilor în trei categorii: 1. diareile acute ori dispepsiile fără o alteraţiune prea mare a stării generale, 2. diareile acute întovărăşite de fenomene de intoxicaţiune ori de semne de alteraţiune profundă a stării generale şi 3. diareile subacute ori cronice. Pentru a nu comite erori în tratamentul diareilor trebue să ţinem socoteală de doi factori: 1. de *starea de nutriţie a bolnavului* şi 2. de *factorul etiologic*. In timp ce sugarul eutrofic poate fi supus unui regim de ceaiu cu o durată de 24 ore, sugarului distrofic i se putea impune un astfel de regim de restricţiune alimentară numai pentru 12 ore, pe când unui atrofic abia unul de 8 ore. Regimul de ceaiu constituind un regim de înfometare, iar sugarii în stare de denutriţie fiind foarte sensibili — sensibilitatea lor crescând în proporţie cu denutriţiunea — el va putea fi administrat numai cu multă precauţiune pe lângă respectarea normelor de mai sus. O singură excepţie se admite dela regula invocată aci şi anume: atroficul intoxicat trebue din nenorocire supus de asemenea unui regim hidric pentru 24 ore; vom lua şi aci măsuri de precauţiune. Intre altele toţi atroficii fie că prezintă o diaree cu sau fără alteraţiune a stării generale vor primi şi cardiotonice pentru prevenirea stărilor de colaps cari pot să survină pe urma înfometării pe care noi în anii din urmă o mai combatem şi prin administrarea de glucoză. Aşa sub forma de clisme, cu glucoză 10—15% câte 100 gr. In caz că diareea împiedică utilizarea căii rectale se va recurge la celelalte căi de administrare. Nu suntem fixaţi nici asupra conduitei

de urmat în *administrarea purgativelor.*[1]) Unii dintre noi le administrează sistematic în toate cazurile, alţii iarăşi le evită de fiecare dată. Noi le găsim o indicaţie precisă în cazurile de sindrom toxic când prin administrarea purgativelor urmărim şi de fapt şi obţinem debarasarea tubului gastro-intestinal de toate alimentele aflătoare încă în interiorul lui pentru a le împiedeca absorbţia, care la rândul ei ar contribui la întreţinerea ba chiar la agravarea stării de intoxicaţiune. Dărsăturile indică practicarea lavajului stomacal urmat de lăsarea în cavitatea stomacală a 200 gr. ceaiu sau apă fiartă conţinând puţină sare de bucătărie. Regimul de trecere ori regimul dietetic trebue să fie compus din componente antifermentative.[2]) Totuşi respectarea acestui principiu nu poate merge atât de departe încât să ne scape din vedere importanţa ce revine hidraţilor de carbon la noui născuţi, hidrolabili, distrofici şi atrofici unde carenţa lor ar putea produce o stare de colaps. Un alt principiu care trebue respectat deasemenea este cel cristalizat din experienţă că anume înfometarea parţială dar prelungită este mult mai vătămătoare pentru organismul plăpând al sugarului decât o înfometare radicală pentru un timp scurt, urmat de satisfacerea în întregime a exigenţelor energetice. Sugarii cari au făcut serioase turburări digestive trebue să treacă şi peste o *perioadă de reparaţiune,* care mai ales pe lângă o alimentare cu lapte de mamă are o durată mai mare. Ea poate fi ce e drept, prescurtată iar evoluţia procesului de refacere poate fi accelerată printr'o complectare a laptelui de mamă cu substanţe proteice şi săruri, organismul suferind fiind în special exigent faţă de aceste substanţe plastice relativ slab reprezentate în laptele de mamă. Totuşi doctorul trebue să ştie să şi aştepte.[3]) Regimul artificial poate fi adaogat abia după 2—3 săptămâni dela instituirea laptelui de mamă şi şi atunci abia în cantităţi mici de câte 50—100 gr. Stricta observare a dozării alimentelor constitue o condiţiune esenţială pentru reuşită. Se începe cu 200—300 gr. pe zi, restul natural întregit cu lichide — se urcă zilnic cu câte 50 gr. ori tot la 2 zile cu câte 100 gr. Eventuale infecţii cari întreţin caracterul diareic al scaunelor nu trebue să ne împiedice ca să urcăm progresiv mai departe raţia alimentară şi nici nu trebue să ne determine cumva la

---

[1]) Vezi şi *Prof. P. Nobécourt et Marcel Maillet:* La thérapeutique du nourrison en clientele, II-me édition, Maloine éditeur Paris. 1927 pag. 239.

[2]) Vezi *Prof. Dr. Leopold Moll:* Le traitement diététique des troubles digestifs du nourrisson. *Revue Francaise de Pédiatrie* Tome VI. No. 2 1930.

[3]) Vezi şi *Prof. Dr. A. Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.* Springer. Berlin 1924.

suprimarea hidraţilor de carbon, absolut necesari la reţinerea lichidelor şi la efectuarea reparaţiei. Abateri dela aceasta normă sunt admisibile în cazurile mai recidive ori noui agravări a stării generale cu prezentarea fenomenelor de intoxicaţiune, când vom face iarăşi apel la glucoză şi ser fiziologic acesta din urmă dând rezultate îndeosebi în exicoza acută. In tratamentul *infecţiilor parenterale* sunt reprezentate două opinii. Una este pentru înfometare, alta iarăşi pentru alimentare. Noi credem că un regim mai uşor, atât cantitativ, cât şi calitativ este indicat, deşi observăm că natura prevăzătoare în cele mai multe cazuri, prin anorexia concomitentă se îngrijeşte de restricţiunea cuvenită a regimului aşa că în cele mai multe cazuri putem observa o espectativă vigilentă care se va transforma într'o conduită de terapeutică mai activă prin introducerea înfometării abia la prezentarea fenomenelor toxice (sindrom toxi-infecţios). *Diareile subacute sau cronice* întâlnite, atât la sugarii din primele săptămâni ale vieţii, cât şi la sugarii mai în vârstă — îndeosebi la cei din colectivităţile infantile — nu reclamă înfometarea. Ba dimpotrivă în aceste diarei un regim mai concentrat duce mai repede la rezultat. In interpretarea cazurilor putem să şi greşim. Reacţia paradoxală însă — când cu toate că urcăm raţia alimentară — curba creşterii în greutate totuşi scade în loc să ia un mers ascendent — în aceste cazuri ne furnizează cel mai bun indiciu despre drumul greşit pe care am apucat şi de unde se impune o batere în retragere şi luarea celeilalte directive.

Spitalul de boli mintale Sibiu.

Hereditatea în Schizofrenie

de

Dr. Liviu Ionașiu, Dr. Cornel Lungu și **S. Iosif.**

Deși s'a crezut că demența precoce formează o entitate morbidă bine definită în psihiatrie, încă nu este cunoscută sub toate raporturile ei.

Ceiace preocupă mai mult pe autori astăzi poate este tocmai etiologia.

Prima dată studiată mai bine de către Morel în Franța, apoi de Kräpelin în Germania a fost de atunci — și este și astăzi — una din preocupările de seamă ale psihiatrilor.

Grație dislocației intrapsihice care există în acest sindrom a fost numită de către Bleuler „Schizofrenie".

S'a vobrit apoi de o demență precoce „tip Morel" și alta a lui Claude plecând dela metoda eterizării (Clod și elevii săi).

Astăzi se face deosebire netă între aceste maladii cari diferă între ele nu numai în ceeace privește debutul, manifestarea clinică și mai ales evoluția, dar și în ceeace privește etiologia.

Clasificările clinice mai noui, bazate tocmai pe etiologie, plasează cu totul diferit demența precoce și schizofrenia.

Astfel Claude plasează demența precoce între „insuficiențele psihice protopatice dobândite", pe când Schizofreniei îi rezervă un grup special al „schizofrenilor" cu mai multe subgrupări.

De asemenea Fribourg și Blanc încadrează demența precoce în psihopatiile de origină organică și infecțioasă, iar Schizofrenia între acelea fără substrat organic precis.

In ceeace privește etiologia — se admite în general că demența precoce s'ar desvolta mai des pe baza hereditară (Rosanoff), pe când Schizofrenia și-ar găsi origina mai mult într'o cauză „psihogenă" (Neuberger) — recunoscând în acelaș timp și factorii toxico-infecțioși. Mai intervine însă în Schizofrenie un factor de o deosebită importanță: „Constituția", sau ceeace autorii englezi numesc „personalitate".

Nu-i mai puțin adevărat însă că ceeace ține de constituție este în cea mai mare măsură hereditate.

Pe de altă parte și în demența precoce se admite intervenția factorilor infecțioși: iată de ce în comunicarea noastră noi ne-am condus tot după clasificația veche a lui Bleuler, înțelegând sub termenul de Schizofrenie și Demența propriu zisă precum și Schizofrenia adevărată.

La baza Schizofreniei după teoria lui Adolf Mayer ar exista un „temperament special", care ar duce la boală din cauza condițiilor greșite de igiena mintală.

Un astfel de temperament special admite și Hoch pe care-l găsește în 66 procente din cazuri — ca urmare constituțională ce s'ar traduce în Schizofrenie printr'o „deteriorare a intereselor".

După Kretschmer ar exista o „constituție schizoidă".

In studiul său asupra personalității Rosanoff ajunge la concluzia că există o adevărată „constituție neuropatică". Pe un astfel de teren s'ar desvolta Schizofrenia care apoi se transmite prin hereditate după legile lui Mendel ca recessive (Davenport, Rudin, Moss). Acesta ar fi cel mai important caracter al tuturor constituțiilor neuropatice cari după Rosanoff se supun aceloraşi legi. Din acest punct de vedere autorul de mai sus admite o scară de dominanță plecând dela normali. Plecând dela faptul constatat că maniaco-depresivii dau uneori descendenți schizofrenici conchide, raportând această hereditate la legile lui Mendel, că psihoza maniaco-depresivă este dominantă față de Schizofrenie, dar este recessivă față de personalitatea normală. Lucrurile se petrec întocmai cu Schizofrenia și Epilepsia. De aceea în antecedentele personale ale schizofrenicilor găsim uneori simptome epileptiforme așa cum am observat și noi la un bolnav din serviciul nostru.

(Este vorba de un învățător — F. F. de 25 ani, necăs.

Antecedente heredo-colaterale: In familie mai sunt 7 frați — afirmative sănătoși. — Părinții trăesc. Tatăl bolnavului ar fi suferit de aceeași boală în prima copilărie. O mătușă din partea tatălui, astăzi moartă, a trecut prin aceiași stare, pe la vârsta de 20 ani, în care se găsește bolnavul nostru. O fică a acesteia — adică verișoara bolnavului — tot la 20 ani a prezentat simptome asemănătoare.

Antecedente personale: Născut la termen, în prima copilărie a avut ameteli, pierdere de cunoștință, plângea mult, fiind o fire iritabilă. A fost apoi sănătos până la vârsta de 19 ani când i-au revenit aceleași simptome. In Martie crt. în urma unor

iritaţii, a început să se creadă persecutat, prezentând halucinaţii auditive şi cenestezice.

La primire bolnavul este liniştit, conştient, orientat în loc şi timp, putându-se pune în evidenţă halucinaţiuni auditive şi cenestezice.

Examenul psihic: amănunţit nu se poate face din cauza negativismului în care a căzut deja la câteva zile dela internare şi în care se menţine).

Abaterile dela regulele de mai sus s'ar explica foarte bine prin tipurile imperfecte de dominanţă căci în definitiv „putem concepe, cu Rosanoff, că există o altă unitate mendeliană, anume o inhibiţie a acestor manifestaţiuni", care ar manifesta indirect.

Foarte concludente pentru noi sunt cercetările lui Kräpelin care pe lângă constatarea că între fraţii schizofrenilor sunt adesea criminali, prostituate, vagabonzi, etc., găseşte o dispoziţie hereditară pentru bolile mintale în 70% din cazuri.

Bleuler subliniază de asemenea rolul hereditaţii în schizofrenie.

Trebue să admitem, acordând acestor date un sens mai larg, importanţa covârşitoare a tarei hereditare în Schizofrenie constatată de Bleuler, Hocke, Ziehen, care dă o statistică de 80% din cazuri cu această tară.

Mai mult, tara hereditară care după Bleuler — şi care de asemenea nu face diferenţă între demenţa precoce şi schizofrenie — se urcă la 90% şi este diferită la schizofrenici în raport cu aceia a nealienaţilor la cari nu trece de 67%. In această tară hereditară însă, pe lângă bolile mintale şi nervoase cari stau pe o treaptă mai înaltă în scara de dominanţă, se înglobează cu o foarte mare influenţă alcoolismul precum şi sifilisul nervos al ascendenţilor. De asemenea Ziechen insistă asupra hereditaţii tuberculoase — mai frequentă la bolnavii mintali decât la alţii.

Ori cum ar acţiona acestea noi constatăm că trebue să aibă un rol deosebit însăşi pentru faptul că sunt destul de frequente la schizofrenici — în special alcoolismul care fără să fie o cauză directă a schizofreniei se constată ca un simptom strâns legat de hereditate.

In fine la hereditatea schizofreniei al cărei rol „este mai capital aici decât în orice alt proces demenţial" — şi în strânsă legătură cu ea, se mai vorbeşte de influenţa ce ar avea-o căsătoriile consangine — de aceea, ca o urmare directă a faptului frequenţa demenţei precoce este mai mare la rasele vechi, cum sunt şi Evreii (Neuberger).

In statistica noastră pe 126 de cazuri examinate — la bolnavii cari se găsesc actualmente în serviciul nostru, am găsit următoarele cifre:

		Raportate la %
Necunoscute	17	13.49%
Fără importanţă	13	10.30%
Alcoolism	28	22.22%
Sifilis	7	5.5 %
Tuberculosă	10	7.99%
Alte boli mintale şi nervoase	51	40.46%

Revine aici tarei hereditare în total 76.24%, din care dacă scoatem numărul celor 17 cazuri necunoscute unde nu avem date în foile de observaţie, unde bolnavii sunt părăsiţi complectamente de aparţinătorii familiei, iar ei înşişi sunt sau confuzi sau negativişti avem:

		Raportate la %
Fără importanţă	13	11.93%
Alcoolism	28	25.69%
Sifilis	7	6.42%
Tuberculosă	10	9.17%
Alte boli mintale	51	46.79%

Revine aici tarei hereditare pe 109 cazuri, 88.14%.

Dat fiind că tara hereditară lipseşte la unii schizofrenici, Bleuler admite în acest sens, un procent de 10% unde cu toate cercetările minuţioase întinse până la a treia generaţie n'a putut să pună în evidenţă nimic deosebit.

Existenţa unei dispoziţii nefavorabile pentru desvoltarea schizofreniei este posibilă; Köller afirmă în această ordine de idei că bolile nervoase ar fi mai frequente în familiile celor sănătoşi decât în acelea ale schizofrenicilor. Se ştie apoi, în general când este vorba de antecedente că ne isbim de atâtea neajunsuri: întâlnind pe deoparte ignoranţa ţăranului care în plus este aplicat să treacă cu vederea anumite date, ascunzându-se în special alcoolismul; pe de altă parte, intelectualul este uneori destul de recalcitrant. Ne pare caracteristică din acest punct de vedere atitudinea unui intelectual dela oraş al cărui fiu este internat la noi cu schizofrenie; dela acesta, printr'un intens schimb de scrisori, de pagini întregi, după ce-am stat şi personal de vorbă cu el — n'am putut scoate nimic referitor la antecedentele heredo-colaterale. Abea târziu am aflat că în realitate tatăl bolnavului este un alcoolic înveterat şi că

mama lui a avut o stare de depresiune, fiind internată într'un sanatoriu de boli nervoase, chiar în timpul conceperii bolnavului despre care este vorba.

Din statistica noastră însă, pe care noi o credem cât se poate de justă reese până la evidenţă intervenţia factorilor despre care am vorbit, revenind tarei hereditare în total 76.24% pe 126 cazuri. Ori, acest procent nu face decât să confirme odată mai mult importanţa capitală a hereditătii în Schizofrenie, — lăsând la o parte procentul mai ridicat de 88.14% pe care l am găsit eliminând cele 17 cazuri necunoscute unde am fost în imposibilitate de-a ne procura datele anamnestice heredo-colaterale.

Considerațiuni asupra maladiei Nicolas-Favre în legătură cu un caz

de

Dr. Tiberiu Schulz și **Dr. Albert Zink.**

Deși poradenita este o afecțiune destul de bine cunoscută, totuși raritatea ei în regiunea noastră ne face să publicăm — împreună cu câteva considerațiuni generale — un caz observat la Ambulatorul Policlinic din localitate.

Sub numele de limfogranulomatoză inghinală subacută benignă Nicolas și Favre au reușit să izoleze din grupul adenitelor inghinale o boală venerică autonomă, infecțioasă și specifică (31 Ian. 1913, Soc. Méd. des Hôp. de Paris).

Etiologia nu este cunoscută; azi prevalează părerea lui Levaditi, care crede, că este vorba de un virus filtrant. Boala se observă în special la bărbați între 20—40 ani; la femei e foarte rară.

Evoluția, forme clinice. Manifestația principală a maladiei Nicolas-Favre, adică adenita, este numai o leziune secundară, urmarea unui *accident inițial*, numit *ulcer adenogen* sau *micro-șancru paradenic* (Bory), care se prezintă după o perioadă de incubație de 10—15, eventual chiar 25—30 zile. El poate lua aspectul unei eroziuni neregulate, sau herpetiforme, altădată al unei papule erozive, sau al unui nodul subcutanat dur, eventual supurat, fistulizat; în unele cazuri adenita este precedată de o uretrită (leziuni inițiale endouretrale).

Accidentul inițial este urmat de o serie de fenomene, mai mult sau mai puțin exprimate, localizate sau generalizate, putându-se deosebi două forme clinice principale: o formă locală și o formă generală.

1. *Forma locală.* In această formă maladia păstrează un caracter pur local, fenomene generale nu se observă. Manifestațiunile se pot localiza în ganglioni (forme ganglionare), sau ele interesează mai mult pielea, în special dermul și țesutul celular subcutanat, precum și vasele limfatice (forme extraganglionare).

1. *Forma ganglionară* — se observă în marea majoritate a cazurilor la nivelul ganglionilor inghinali, deşi pot fi interesate şi alte grupuri ganglionare, când inocularea este extragenitală (axilară, cervicală, etc.). Ea se manifestă printr'o adenită lent progresivă, nedureroasă, constituită din mai mulţi ganglioni tumefiaţi, confluenţi, dând loc — după o evoluţie de mai multe săptămâni — la formarea numeroaselor focare supurative, circumscrise, parcelare. Caracterele principale ale acestei adenite sunt: prezenţa leziunilor în cele mai diferite stadii evolutive (ganglioni duri, nodozităţi ramolite şi focare fistulizate), lipsa oricărei tendinţe de extensiune sau confluare a orificiilor fistuloase şi coexistenţa unei adenite iliace intrabdominale, care nu supurează niciodată. Evoluţia e foarte lentă; supuraţia poate dura luni, chiar ani de zile.

Se descriu două varietăţi atipice: a) *bubon d'emblée* (Pautrier), când supuraţia se face printr'o largă colecţie şi b) *forma ulceroasă sau ulcero-vegetantă*, datorită confluării orificiilor fistuloase.

2. *Forme extraganglionare.* Sub numele de sindrom ano-genital Iersild a descris un sindrom cu etiologie multiplă, care înglobează nu numai sifilomul ano-rectal al lui Fournier, estiomenul şi elefantiaza ano-genitală, ci chiar şi toate stricturile rectale, consecinţele sifilomului ano-rectal sau a elefantiazei anale. Azi se ştie, că sindromul ano-genital este datorit aproape exclusiv unei localizări aberante ale maladiei Nicolas-Favre; reacţia Frey este pozitivă în aceste cazuri.

II. *Forma generală sau septică*, este privită ca o septicemie benignă. Fenomenele, cari denotă o infecţie generală, sunt: subfebrilitate, sau chiar frisonete cu ascensiuni termice 39—40°, anemie, leucocitoză cu polinucleoză, splenomegalie, subicter, dureri articulare, erupţii cutanate (urticariene, polimorf-eritematoase şi nodoase); ele durează de obicei câteva zile.

Diagnosticul. Reacţia Frey ne permite un diagnostic etiologic. Se face prin injecţia intradermică a unei cantităţi minimale (0·10—0·20) de reactiv (puroi limfogranulomatos diluat şi tindalizat); în caz de reacţie pozitivă se observă — cam la 24 ore o papulă inflamatoare, infiltrată, care trebue să persiste 10—15 zile.

Diagnosticul diferenţial. Trebue să avem în vedere în special *adenita şancroasă* (evoluţie acută, supuraţia în bloc, şanceri moi la genitale, reacţia Ito-Reenstierna pozitivă, etc.), *adenopatia sifilitică* (prezenţa spirocheţilor în ganglioni, lipsa supuraţiei, R. W. pozitivă, etc.), *adenite banale datorite microbilor aerobi sau anaerobi* (evo-

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin.

Reprezentanţă şi Depozit:
M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

KLIMAKTON

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.
Reprezentanţă şi Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43 bis, Bucureşti VI.

luţie acută, supuraţie în bloc), *adenite tuberculoase* (ulceraţii în jurul fistulelor, inoculare la cobai pozitivă) şi *limfogranulomatoza malignă* (adenopatii generalizate, raritatea supuraţiei, etc.).

Tratamentul. Metodele întrebuinţate sunt de două feluri: 1. de ordin general şi 2. de ordin local.

1. *Tratamentul general.* Putem recurge la *chimioterapie* (sol. Lugol intravenos, iodură de potasiu per os, Neostibosan Bayer intravenos, sulfat de cupru amoniacal 4%, tartrat dublu de antimoniu şi sodiu 1%, tartrat dublu de antimoniu şi potasiu 1%, emetină 2% şi mai nou salicilatul de sodiu 10%, toate intravenos); rezultatele sunt însă foarte inconstante. *Tratamentul biologic nespecific* (lapte, aolan, ol. de terebentină, etc.) este de obicei ineficace, iar cel *specific*, inaugurat în 1923 de Debat, Beauvy şi Ménégaux prin prepararea unui autovaccin n'a dat până în prezent rezultate concludente.

2. *Tratamentul local.* Tratamentul antiflogistic (comprese, alifii), radioterapia şi puncţiunile evacuatoare combinate cu injecţii modificatoare (Lugol, Calot, glicerină iodoformată, oleu xilo-iodoformat) dau foarte rar vindecări definitive. Ultimul refugiu este intervenţia chirurgicală, care trebue să se limiteze la exereza ganglionilor inghinali, căci adenita iliacă regresează de obicei spontan. Aici trebue să amintim, că intervenţia chirurgicală a fost timp îndelungat acuzată cu producere de elefantiază a membrelor inferioare şi a regiunei ano-genitale. Dat fiind însă, că — pedeoparte — această elefantiază se produce de multeori chiar printr'o localizare aberantă a virusului poradenic, iar pedealtăparte procentualitatea cazurilor autentice de elefantiază postoperatorie fiind foarte mică, această părere a fost complect revizuită.

* * *

După aceste consideraţiuni generale sumare, vom trece la descrierea cazului observat la Amb. Policlinic din localitate.

B. B. bărbat de 21 ani, necăsătorit, croitor, locuitor în Răşinari se prezintă la consultaţiile noastre în ziua de 25 Sept. 1934. Bolnavul ne spune, că de 3 săpt. prezintă o scurgere uretrală de o intensitate mediocră şi cu fenomene subiective reduse, iar de 2 săpt., deci la o săptămână după debutul scurgerei uretrale, observă o tumefacţie lent progresivă, nedureroasă, mai mult jenantă în regiunea inghinală dreaptă. Ultimul contact l-a avut înainte cu 4 săpt. cu o femeie venită pentru câteva zile dela Bucureşti. La o săpt. după acest contact s'au ivit fenomenele patologice mai sus enumerate.

Examenul clinic. Bolnav, de statură mică, cu ţesut musculo-adipos mijlociu desvoltat. Afebril.

La examinarea organelor genitale se remarcă o secreţie uretrală muco-purulentă, redusă; în rest nici o leziune. Examen microscopic al secreţiei: Seuc. + cel. epiteliale + gc. 0, floră bact. U I. tulbure, II. clară. Deci un proces patologic nongonococic, localizat în uretra anterioară. Examenul uretroscopic făcut în aceeaş zi — în afară de fenomene inflamatorii difuze, neînsemnate — n'a putut releva nimic deosebit.

In regiunea inghinală dreaptă se observă o tumefacţie inflamatoare, de mărimea unui pumn de copil, interesând ganglionii din această regiune. Tumefacţia are limite difuze, fiind compuse din mai mulţi ganglioni tumefiaţi, duri, confluenţi. Pielea este aderentă de ganglioni, ici-colea chiar de o culoare roşietică, subţiată. Prin peretele abdominal se palpează o adenită iliacă, dură, uşor sensibilă ca şi cea inghinală, la presiune.

Examenul intern. Splina e percutatorie mărită (cam 6 cm. în sens longitudinal), ajungând în sus până la coasta VIII-a. Celelalte organe toraco-abdominale sunt normale.

Reacţiunile biologice şi examene de laborator. Examenul microscopic al secreţiei uretrale, repetat în mai multe rânduri, a dat totdeauna acelaş rezultat.

Reacţia Ito-Reenstierna (cu Dmelcos) negativă.

Reacţia Wassermann negativă.

Reacţia Frey (reactivul a fost procurat dela Institutul Cantacuzino Bucureşti) a dat loc la o papulă eritematoasă, dură, infiltrată, de mărimea unei alune, perzistând mai mult de 15 zile. Reacţia este deci *pozitivă.*

Examen hematologic: Numerotarea leucocitelor: 19.000.

Tabloul sanghin: Eozinofile 10%
Bazofile 1%
Neutrofile tip Schilling I 4% / II 17% / III 42% } 63%
Mononucleare mari 5%
Limfocite 21%

Numerotarea hematiilor: 3,380.000.

Determinarea hemoglobinei: 65%

Sângele prezintă deci modificări importante: leucocitoză cu eosinofilie şi o anemie pronunţată.

Decursul boalei, tratament. Am recurs la *salicilatul de sodiu,* recomandat în ultimul timp pentru tratamentul maladiei Nicolas-Favre. Rezultatul a fost mult mai favorabil, decât cele, pe cari le-am ob-

ţinut până acum cu alte procedee terapeutice. Intre 25 Oct.—9 Nov. bolnavul a primit 6 inj. intravenoase de câte 5 cm.^{3} de salicilat de sodiu 10%. Adenita a regresat mult în urma acestui tratament, ajungând cam la jumătatea volumului său iniţial; asemenea nu s'a produs nici un focar supurativ. Fireşte, acest tratament trebue continuat chiar până la 16—20 injecţii, după cari sperăm, că vom obţine un rezultat definitiv.

In rezumat este vorba deci de un caz de poradenită, forma ganglionară inghinală, confirmată prin reacţia Frey; este de remarcat, că leziunea iniţială s'a manifestat sub forma unei uretrite. Este asemenea interesantă proveniența infecţiei, care a fost importată dela Bucureşti. Deşi în aparenţă bolnavul nu prezenta nici un simptom general, totuşi un examen mai aprofunzit a pus în evidenţă semne importante de infecţie generală: splenomegalie, anemie, leucocitoză cu eozinofilie. Poradenita este deci o îmbolnăvire a întregului organism, fiind acompaniată de simptome generale chiar şi în acele cazuri, unde toate manifestaţiunile clinice par a fi reduse la o adenită. Aceste simptome generale trebuesc căutate în toate cazurile şi tratamentul lor — când sunt mai exprimate — trebue să meargă mână în mână cu tratamentul adenitei inghinale.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Necesitatea înfiinţării unei Asociaţii a medicilor sanitari.

Cu ocaziunea cursurilor de gaze ţinute la Bucureşti în luna Noembrie 1934, în prima serie fiind întruniţi toţi inspectorii generali sanitari, medicii primari de judeţe şi medicii şefi de municipii din ţară, s'a luat iniţiativa unor consfătuiri colegiale între aceşti medici, cu scopul de a se discuta o serie întreagă de probleme cari privesc sănătatea publică şi situaţia medicilor sanitari, aparţinând Ministerului Sănătăţii. Consfătuirile s'au transformat în desbateri foarte animate şi s'au prelungit dela 1 Noembrie până la terminarea cursurilor, discutându-se zilnic câte 4—5 ore, cele mai variate şi mai interesante probleme de organizare sanitară. Şedinţele prezidate de dl *Dr. M. Isăcescu*, medicul şef al municipiului Constanţa, au întrunit majoritatea medicilor participanţi la cursurile de gaze, cari au arătat un interes deosebit pentru problemele puse în discuţiune şi au dat o frumoasă dovadă de competenţa lor prin propunerile ce au făcut întru rezolvirea cât mai raţională a acestor probleme. La 2 din aceste şedinţe au participat şi Domnul Secretar General al Ministerului Sănătăţii, *Profesor Dr. Gane*, şi Domnul Profesor *Dr. Danielopolu*, pe atunci încă preşedinte al Asociaţiei Generale a Medicilor.

Deşi aceste şedinţe s'au întrunit în mod spontan, fără ca materialul de discuţie să fi fost în prealabil fixat şi pregătit, s'au abordat totuşi o serie întreagă de probleme dintre cele mai importante şi s'au votat şi rezoluţiuni pentru rezolvirea lor. Socotim de necesar a enumera pe scurt principalele chestiuni cari au format obiectul discuţiunilor atât de animate şi de interesante, pentru ca medicii sanitari de pretutindeni să le cunoască şi printr'un efort colectiv şi solidar, să contribue în viitor la rezolvirea lor integrală.

Primul desiderat care a fost acceptat în unanimitate este: cererea de a se *trece întregul personal sanitar de toate categoriile, inclusive agenţii sanitari, moaşele şi personalul administrativ dela instituţiile de asistenţă medicală, la Ministerul Sănătăţii*, de care va trebui să depindă în viitor în mod exclusiv acest personal.

Al doilea desiderat important este cererea medicilor sanitari, de a se înființa în toate județele *Eforii sanitare*, cu condiția însă, ca aceste Eforii să fie scoase de sub influențele schimbărilor politice și să li se asigure un venit permanent și sigur, acordându-se 10—15% din bugetele județelor și comunelor. Aceste sume Eforiile le vor întrebuința exclusiv pentru scopuri sanitare. Pentru viitor, se cere reînființarea vechiului „Fond regnicolar" care a dat roade atât de frumoase în Ardeal și anume, înființarea unei cote adiționale la toate impozitele, pentru crearea unui fond sanitar independent.

Un alt desiderat care s'a acceptat de unanimitatea medicilor este: *reglementarea gratuității* pentru asistența medicală și în general pentru toate serviciile pe cari le datorează medicii sanitari, executându-se în mod unitar pe toată țara dispozițiile din actuala Lege Sanitară. Se exprimă ca principiu, îndatorirea medicilor sanitari de a face serviciu gratuit în tot ceeace este de interes public, precum și asistența medicală care trebue acordată săracilor, invalizilor, orfanilor și văduvelor de războiu, taxându-se cei cari nu intră în aceste categorii precum și toți aceia cari cer servicii particulare. Normele de conduită în această chestiune, trebue să fie bine precizate în forma unui regulament de către Minister.

O problemă importantă, care s'a discutat foarte pe larg, a fost aceea a *salarizării Corpului Medical*. S'a cerut reglementarea salarizării medicilor în cadrul unui corp tehnic al medicilor, echivalându-se cu armata, corpul inginerilor și magistratura. Pentru moment, s'a insistat, de a se achita toate restanțele de salarii și diurne; a gradațiilor și a cheltuelilor de transport, fără de cari medicii sanitari sunt puși în imposibilitate de a-și îndeplini în mod integral atribuțiile.

Privitor la *organizarea serviciului sanitar rural* s'a cerut:

a) Circumscripțiile sanitare rurale să nu treacă peste cifra de 10.000 locuitori;

b) Medicul de circumscripție să aibă cel puțin 2 agenți sanitari, unul la reședință și altul în circumscripție; o soră de ocrotire și un personal de serviciu;

c) Fiecare comună să aibă o moașe comunală;

d) Cel puțin un dispensar infirmerie (Casă de ocrotire) cu locuință pentru medic, în fiecare circumscripție rurală;

e) Mijloace de transport pentru medic și personalul sanitar;

f) In județele unde s'a ajuns la proporția de 1 medic la 10.000 locuitori, să se procedeze la înființarea de plăși sanitare cu medic igienist.

In capitala fiecărui judeţ să fie un spital mare, bine utilat şi având toate secţiile de specialitate. Fiecare judeţ să dispună de câte un spital-sanatoriu pentru tuberculoşi şi preventoriu sau colonie la mare şi la munte. Spitalele mixte să fie transformate în spitale de pelagroşi, trahomatoşi, paludici, etc. In afară de aceasta fiecare judeţ să dispună de un laborator pentru analize chimice şi bacteriologice; de camionetă sanitară pentru transportul bolnavilor şi echipă de desinfecţie.

In comunele urbane să fie un medic sanitar la maximum 10.000 locuitori, să aibă 2 agenţi sanitari, 2 surori de ocrotire şi câte o moaşe. Să dispună de dispensar, bae populară şi echipă de desinfecţie.

In municipii, în afară de organizaţia preconizată pentru comunele urbane, să se înfiinţeze şi câte un ambulator policlinic.

Un alt desiderat exprimat în această consfătuire a fost, ca *transportul tuturor medicilor* sanitari dintr'un judeţ sau municipiu să fie asigurat prin mijloacele puse la dispoziţie de către Eforiile sanitare locale, la fel şi locuinţa, luminatul şi încălzitul pentru medicii sanitari.

S'a mai insistat asupra necesităţii urgente de a se *simplifica şi unifica cancelaria medicilor sanitari* după norme precise şi unitare, întrebuinţându-se registre şi modele de rapoarte uniforme pentru toată ţara. La fel s'a insistat pentru reglementarea atribuţiilor şi *dependenţii medicilor sanitari faţă de autorităţile administrative,* precum şi fixarea unui minimum de personal necesar cancelariei medicului primar de judeţ, sau medicului şef de municipiu.

In afară de aceste probleme, s'au discutat o serie întreagă de alte chestiuni cari privesc organizarea sanitară şi situaţia medicilor sanitari, cum ar fi, spre exemplu, modul de funcţionare al Consiliilor de Igienă judeţene şi municipale; îndatoririle medico-legale ale medicilor sanitari; problema avansărilor medicilor în armată; carnetele de reducere pe C. F. R., etc.

Din această expunere foarte sumară a problemelor discutate şi a desideratelor exprimate în consfătuirile dela Bucureşti rezultă două constatări importante şi anume:

1. Deşi suntem conduşi de aceleaşi legi şi de aceleaşi regulamente sanitare, există totuşi o deosebire foarte accentuată între diferitele servicii sanitare din ţară, atât în ceeace priveşte organizarea lor, cât şi în ceeace priveşte felul de interpretare şi de executare a diferitelor dispoziţii din legi şi regulamente. Actuala noastră organizare sanitară sufere de foarte multe lipsuri cari trebuesc reme-

diate. Unele din aceste lipsuri pot fi îndreptate prin simple măsuri de coordonare, de simplificare şi de unificare, iar altele se pot remedia numai prin crearea de instituţii noui şi prin reorganizarea şi perfecţionarea celor existente.

2. In această operă, Corpul Medical sanitar poate aduce o foarte importantă contribuţie prin experienţa câştigată pe teren; prin studiul amănunţit al tuturor problemelor cari privesc organizarea sanitară şi prin solidaritatea colectivă pe care trebue să o manifeste întotdeauna faţă de necesităţile imperioase ale serviciului sanitar, precum şi faţă de revendicările profesionale.

Aceste constatări, rezultate din consfătuirile şi discuţiile celor 7 zile la Bucureşti, au dus la iniţiativa înfiinţării unei *Asociaţii a medicilor sanitari*, chemată să funcţioneze ca o secţie aparte în cadrele Asociaţiei Generale a medicilor şi ca organ de colaborare pentru Ministerul Sănătăţii, în problemele cari privesc sănătatea publică şi organizarea noastră sanitară. In afară de acestea, Asociaţia Medicilor sanitari, din care ar urma să facă parte toţi medicii sanitari aparţinând Ministerului Sănătăţii, mai este concepută şi ca un organ de luptă pentru realizarea revendicărilor specifice ale acestei categorii de medici funcţionari.

Iniţiativa înfiinţării acestei Asociaţii a medicilor sanitari a fost luată; un comitet provizor de iniţiativă a fost ales chiar în şedinţele avute la Bucureşti şi acest comitet şi-a început activitatea prin înaintarea unui documentat memoriu prezentat Domnului Ministru al Sănătăţii şi prin lansarea unui apel către toţi medicii sanitari din ţară.

Necesitatea înfiinţării acestei Asociaţii, credem că este mai presus de orice îndoială şi nu ne îndoim că medicii sanitari vor adera cu toţii la aceastâ mişcare. In acelaşi timp suntem convinşi că Ministerul Sănătăţii va privi cu simpatie această nouă înjghebare profesională, chemată în primul rând să îndeplinească funcţia unui laborator pentru problemele cari privesc organizarea sanitară şi a unui colaborator destoinic şi loial în executarea unui program unitar şi bine conceput de reorganizare sanitară a ţării. Suntem de asemenea convinşi că Asociaţia Generală a Medicilor din România se va întări şi mai mult prin crearea în sânul ei a unei organizaţii bine închegate şi solidare, iar medicii sanitari de circumscripţie, cei mai umili şi năpăstuiţi membrii ai Corpului Medical, vor avea în fine o organizaţie proprie, chemată să lupte pentru justele lor revendicări.

Dr. I. Stoichiţia.

Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Jina.

Am văzut până acum care este rostul anchetelor medico-sociale, s'a insistat asupra technicei lor şi s'au dat unele date rezumative cu privire la chestiunile de ordin general. Să analizăm acum datele

adunate pentru fiecare comună în parte şi începem descrierea cu comuna Jina.

Comuna Jina este aşezată la o înălţime de 1050 metri deasupra nivelului mării, cu o populaţie pur românească. Prin situaţia geografică face parte din grupul comunelor înşirate de alungul vechei graniţe, aşezate sub poalele sau chiar pe culmile munţilor, cari în ciuda aşezării lor neprielnice, dau totuşi prin frumoasele gospodării realizate, un contrast plăcut faţă de comunele de munte dela noi.

Din grupul acestor comune „mărginene" Jina face o excepție discordantă, cu toate că condițiile de traiu aci nu sunt și nici n'au fost mai defavorabile decât la restul comunelor, totuși ea a rămas mult în urma tuturora în condiții de joasă primitivitate socială, culturală și sanitară. Această împrejurare a fost motivul pentru care s'a decis anchetarea acestei comune.

Numărul locuitorilor comunei este de 3765, marea lor majoritate sunt economi cu un neînsemnat număr de meseriași și funcționari. Ocupația principală este oieritul și lemnăritul, aceste ocupații le-a adus pe timpuri frumoase venituri, azi le-a scăzut rentabilitatea cu totul.

Incât privește mișcarea demografică a comunei, cifrele sunt puțin mulțumitoare. Natalitatea se menține în jurul mediei de 30/00, iar mortalitatea de 20/00, prin urmare avem o natalitate redusă pentru mediul rural, cu o mortalitate exagerată. Iată cum se prezintă situația pe ultimii 10 ani:

Anul	Natalitatea	Mortalitatea	Excedent
1922	28.2/00	23.6/00	4.6/00
1923	27.0 „	27.3 „	0.3 „
1924	29.0 „	20.4 „	8 6 „
1925	30.2 „	19.1 „	11.1 „
1926	30.7 „	20.9 „	9.8 „
1927	29.9 „	20.9 „	9.0 „
1928	30 0 „	26.7 „	3.3 „
1929	35.6 „	24.7 „	10.9 „
1930	29.9 „	15.0 „	14 9 „
1931	30.5 „	22.8 „	7.7 „

Ancheta medico-socială a comunei s'a executat în zilele de 4, 24, 31 Ianuarie și 7 Februarie 1932. Activitatea noastră exprimată în zile de lucru dă 86 zile pentru medici și farmaciști (în medie 20 medici și 1 farmacist la o zi de anchetă) și 42 zile pentru personalul ajutător (surori de ocrotire, moașe, etc.) în total 128 zile de lucru. Din totalul locuitorilor de 3765 suflete s'au examinat 2740 persoane adecă 72.7%, iar din gospodăriile particulare în număr de 879 au fost vizitate 780 (90%).

Constatări de ordin general.

Starea materială a familiilor examinate a fost găsită bună în 75 cazuri (11.0%), mediocră în 459 cazuri (67.9%) și rea în 148 cazuri (21.7%). E de notat însă că la rubrica ultimă au fost trecute familiile

cu o stare materială cât se poate de rea, în consecinţă categoria celor cu stare materială mediocră are o valoare locală în comparaţie cu celelalte gospodării.

Interiorul caselor în general lasă mult de dorit, curăţenia redusă aproape pretutindeni şi întregul aranjament intern poartă caracterul unei gospodării provizorii, făcut cu scopul de a servi pentru momentul de faţă. Majoritatea caselor sunt construite din lemn, fiind acest material de construcţie mai lesne de procurat şi la îndemână. 20.4% a caselor au o singură cameră de locuit, 63% cu 2 camere, 15.4% cu 3 camere şi în sfârşit se mai află 4 case cu 4 şi 2 cu 5 camere.

Repartizând locuitorii pe camerele locuite găsim următoarele:

In cele 156 case cu o singură cameră locuesc 566 persoane adecă în medie 3.6 persoane pe cameră, cu cifrele extreme de 1 persoană în 14 cazuri şi 9 persoane în 4 cazuri;

în cele 474 case cu 2 camere, locuesc 1800 persoane, dând media de 3.7 persoane pe 2 camere, sau 1.8 persoane pe una cameră;

în 116 case cu 3 camere locuesc 472 persoane, avem deci în medie 4 persoane pe 3 camere.

Casele cu 4 şi 5 camere fiind în număr disparent de mic nu le analizăm în statistica noastră.

Făcând calculul general al numărului locuitorilor pe camerile totale locuite, obţinem cifra generală de 2 persoane pe o cameră de locuit, o cifră care ar părea extrem de favorabilă, dacă toate camerile ar fi întrebuinţate în mod curent, în realitate însă, mai ales în timp de iarnă, familiile cu mai multe camere disponibile, întrebuinţează de obiceiu una singură — ridicând indicele de sus (2 persoane pe cameră) mult peste această valoare.

In medie familia se compune din 4.5 membri, scăzând din această cifră 2 puncte pentru părinţi, rămâne media de 2.5 copii pe familie. Această cifră este în concordanţă cu valoarea relativ mică a excedentului natural al comunei şi înseamnă un spor de abia 1 suflet de 2 familii.

La aceeaşi concluzie nesatisfăcătoare ajungem dacă analizăm populaţia în funcţie de repartizare pe etate. După *Sundbärg* aproximativ jumătate a populaţiei se cuprinde între 15 şi 50 ani. Restul de 50% se împarte între grupul 0—15 ani şi grupul celor trecuţi peste 50 ani. Conform acestei repartizări el distinge 3 tipuri de populaţie şi anume tip regresiv, staţionar şi progresiv, după echilibrul între primul şi al treilea grup de vârstă, cel de al doilea fiind constant. Dăm aici gruparea dată de acest autor:

Grupul de vârstă în ani	Procentul populației		
	Tip progresiv	Tip staționar	Tip regresiv
0—14	40	33	20
15—49	50	50	50
50 ani în sus	10	17	30

In comuna Jina populația între etatea 0—14 ani reprezintă 30.9%, cea între 15—49 ani 49.6%, iar cea peste 50 ani 19.5%. Deci după clasificarea lui Sundbärg populația Jinei aparține tipului staționar, cu tendința accentuată spre tipul regresiv.

Analizând valoarea biologică a populației după indicele vital, adecă după raporul între nașteri și morți, obținem media indicelui vital pe ultimii 10 ani de 139.4 cu extrema minimă de 98.9 în anul 1923 și extrema maximă în anul 1930 cu 198. Și acest indice arată o situație mai puțin satisfăcătoare decât ar fi de așteptat.

Constatări medicale. Dintre cele 2740 persoane examinate, 1898 au fost găsite *sănătoase.* Evident aceasta constatare poate fi supusă unei oareșcari critici. O anchetă sanitară în general acesteia inaugurată de noi fie ca făcută în măsura cea mai conștiincioasă și cu cei mai conștiincioși și rutinați specialiști nu poate oferi o selecționare matematică a bolnavilor de cei sănătoși și nu poate asigura o stabilire exactă a diagnosticului în toate cazurile. Se scapă cazuri și chiar și cazuri grave fără să se poată aduce prin aceste vre-o învinuire medicilor examinători, fiindcă din mijloacele noastre de depistare ne lipsește un factor extrem de hotărîtor: observarea bolnavului. Ne simțim oareșcum desarmați mai ales în depistarea tuberculozei, unde caracterul de intermitență a fenomenelor clinice cu perioadele inactive împiedecă o depistare completă. De acest lucru ne-am dat seama dela început și în consecință ne-am îmbogățit treptat-treptat mijloacele noastre de investigație în acest domeniu, utilizând mai în urmă reacția Pirquet — pentru copii și sperăm că în viitorul apropiat vom avea la îndemână un aparat radiologic portabil.

Din cele *842 persoane bolnave,* 19 sufere de *tuberculoză* și anume 7 cazuri de tuberculoză pulmonară, 4 cazuri tuberculoză ganglionară și 8 de tuberculoză osoasă. Cazurile de tuberculoză pulmonară sunt forme fibroase, aproape toate în stadiu activ, cele ganglionare neabcedate sau cicatrizate, iar din cele 8 cazuri de tuberculoză osoasă 4 erau în momentul descoperirei abcedate sau fistulizate.

In familiile cazurilor de sus nu s'au găsit mai mult de 1 caz ceeace e cu totul neverosimil.

In cazierul sanitar al comunei se găseau în ziua anchetei 3 cazuri cunoscute de tuberculoză.

Sifilisul a fost diagnosticat la 121 persoane cu 8 cazuri de sifilis manifest şi 113 forme clinice latente. Cele 8 cazuri de sifilis manifest cuprind 2 cazuri de sifilis secundar, 5 sifilis terţiar şi 1 sifilis nervos.

Acest număr exagerat de mare de sifilis a fost o surpriză pentru noi, cu toate că se bănuia că această comună este grav infectată de boli venerice. Totuşi până la această dată în cazierul sanitar al comunei figurează numai 10 cazuri, deci bănuiala se răzima pe presupuneri vagi şi nu pe o cunoaştere reală a situaţiei. Datele noastre confirmă în mod precis 2 constatări generale şi anume: sifilisul manifest în mediul rural este disproporţional de mic faţă de cel latent (6.6% sifilis manifest faţă de 93.4% sifilis latent) şi a doua constatare că sifilisul nervos este o raritate la sate.

Procentul morbidităţii faţă de numărul celor examinaţi este de 44‰. Această cifră este în realitate mai mare, examinările ulterioare făcute la dispensarul comunal, înfiinţat în această comună după cunoaşterea rezultatului anchetei, a adăugat noui cazuri la cele cunoscute şi azi numărul lor este de 136 fără a putea spune că am ajuns cifra reală.

S'au luat 400 probe de sânge pentru reacţia „Wassermann" dintre cari 113 pozitive şi 287 negative.

Dintre *tumorile maligne* s'au descoperit 5 cazuri de cancer, toate uterine.

Trachomul a fost aflat în 13 cazuri, faţă de un caz înregistrat în cazierul sanitar.

O cifră relativ urcată ne-au dat afecţiunile tiroide cu 41 cazuri de *guşă*. Regiunea Sibiului a fost şi este cunoscută ca regiune guşogenă. Mai ales în partea comunelor aşezate la poalele munţilor, dar comunele dela munte erau considerate mult mai puţin neatinse. Cazurile de mai sus cuprind formele evidente de mărime relativ reduse, fără nici un caz de hipertiroidism cu semne clinice de boala lui Basedow, în schimb au scăpat observaţiei, — după cum ne-am convins ulterior, formele mici incipiente, mai ales la copii. In cazierul sanitar s'a găsit la această dată un singur caz înregistrat.

Afecţiuni ale *aparatului respirator* au fost 82 dintre cari cele mai frecvente bronşite cronice, emfisem, pleurezii etc.

Cardiaci s'au găsit 52.

Maladii ale *aparatului digestiv* au fost diagnostificate în 40 cazuri, dintre cari majoritatea o formează gastritele şi colitele, aparatul *uro-genital* este trecut cu 79 cazuri, mai ales cazuri ginecologice, vin pe urmă 123 afecţiuni *oculare*, (conjunctivite, cheratite, cataracte etc.), 82 afecţiuni *cutanate*, 52 *auriculare*, 32 *nazale*, 6 boli *neurologice* şi 6 *laringeane*.

S'au făcut 150 extracţii dentare.

Au fost notaţi 2 orbi, 5 surdo-muţi, 4 alienaţi, 1 cretin.

S'au prescris 1223 reţete de medicamente, cari au fost eliberate pe loc, gratuit din depozitul de medicamente al Serviciului Sanitar Judeţean.

Această descriere sumară a observaţiilor câştigate în cursul anchetei, evidenţiază clar, bogăţia informaţiilor, ce pot fi culese şi necesitatea reală a acestei opere de recensământ. Admiţând că datele culese reprezintă o valoare cantitativă relativ redusă, totuşi nu se poate contesta, valoarea lor informativă de mare importanţă, care ne permite să tragem concluzii bazate şi să activăm în consecinţă. In cazul de faţă, ancheta a dat la iveală o mulţime de date, cari prin gravitatea lor impuneau luarea de măsuri serioase şi grabnice pentru asanarea unei comune întregi, căzută pradă sifilisului şi în parte tuberculozei. *La scurt timp după această operă de recunoaştere, s'a înfiinţat în comună o casă de ocrotire redusă, unde se face tratamentul antisifilitic al bolnavilor descoperiţi şi prin cele 2 zile de consultaţii gratuite la săptămână, se asigură asistenţa medicală a populaţiei.*

Spesele acestei anchete se ridică la suma de 37.487 Lei, în care să cuprinde transportul cu autobuzele, masa şi medicamentele distribuite. Această sumă repartizată pe numărul persoanelor examinate dă 13·60 Lei spese, de persoană. Este una dintre anchetele cele mai costisitoare executate până acum şi se explică prin spesele ridicate, a transportului la distanţă lungă (60 km.) şi a numărului mare de medicamente distribuite.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

Revista cărţilor.

Elemente de Fiziologie medicală. *Prof. Dr. Gh. Popoviciu, 1934* (în 2 volume, volumul al 2-lea în colaborare cu dl *Dr. Gr. Benetato).*

Literatura medicală română s'a imbogăţit — pe neaşteptate — cu o valoroasă lucrare care umple golul atât de mult simţit de studenţii noştri în pregătirea lor prielnică. Facultatea de Medicină din Cluj dela înfiinţarea ei a scos la intervale scurte, preţioase manuale medicale demonstrând calitatea ştiinţifică superioară a îndrumătorilor vieţii noastre universitare din centrul Ardealului. E de mirare cum a rămas tocmai baza disciplinei medicale fără un manual scris în limba românească, mai ales că aceasta ramură a fost reprezentată la Facultăţile noaste medicale din Ţară, prin eminenţi profesori, faima cărora a trecut mult peste graniţele ţării. Cu atât mai mare este meritul d-lui profesor Popoviciu, că a umplut acest gol şi lucrarea nu pierde nimic din valoare, dacă cetitorul are ici-colo impresia, că se insistă prea mult asupra lucrărilor personale cu o valoare mai mult clinică, decât de ordin fiziologic.

Volumul întâiu se ocupă cu alimentaţia, tubul digestiv, aparatul respirator, circulator şi organele de excreţie. Diferitele capitole sunt tratate foarte documentar şi expuse în mod clar şi uşor de înţeles.

Volumul al doilea cuprinde capitolele: reproducerea, endocrinologia, sistemul muscular şi sistemul osos. La acest al 2-lea volum autorul a avut colaborarea d-lui *Dr. G. Benetato,* un eminent fiziolog care se ridică şi a cărui competinţă şi calitate de entusiasmat experimentator se poate urmări de-alungul capitolelor, redactate de Dsa.

Autorul nu şi-a putut ignora la redactarea acestui manual calitatea sa de puericultor, aşa se explică capitolul relativ larg al fiziologiei noului născut, ceeace credem noi că s'a făcut bine.

Cartea este bogată în grafice şi tabele, din care un mare număr fac parte din colecţia personală a autorului.

Această lucrare a d-lui Profesor Gh. Popoviciu pune la îndemâna studenţimei române un valoros manual didactic, iar corpul medical îşi poate reîmprospăta cunoştinţele cu multă uşurinţă citindu-l.

Cine a avut prilejul să audieze cursurile de fiziologie ale d-lui Prof. Niţescu, antecesorul d-lui Dr. Gh. Popoviciu, regăseşte în acest manual excelentele calităţi pedagogice ale primului fiziolog român dela Facultatea de medicină din Cluj: expunerea clară şi captivarea ascultătorilor şi pentru chestiunile, cari prin natura lor nu sunt în stare să trezească interes.

Felicităm pe dl Dr. Gh. Popoviciu pentru curajul de a-şi începe cariera sa de fiziolog cu o lucrare atât de importantă şi suntem siguri că extraordinara lui putere de muncă, nu se va opri aici.

Fundaţia Rockefeller, *Raport anual 1933.*

Grandioasa fundaţie înfiinţată în anul 1913 de I. Rockefeller din America, cu deviza „Propăşirea omenirei pe tot globul pământesc" îşi justifică activitatea în fiecare an printr'o dare de seamă. Extragem din ea câteva date cu privire la activitatea pe anul trecut.

Averea fundaţiei este la sfârşitul anului 1933 de 198,668.308 dolari din cari fondul disponibil pe anul în curs a fost de 57.921,010 dolari, cheltuindu-se 14,753.822 dolari.

In programul de muncă al fundaţiei intră următoarele probleme:

1. Igienă (Sănătatea publică)
2. Medicina
3. Ştiinţele naturale
4. Ştiinţele sociale
5. Probleme sociale acute
6. Umanitate.

Din lipsă de loc ne mărginim la expunerea sumară a celor realizate pe terenul sănătăţii publice.

Fundaţia s'a angajat în lucrări de sănătate publică dela început. Scopul ei n'a fost să acopere întregul câmp al sănătăţii publice, ci programul l-a desvoltat treptat după o selecţie chibzuită, după nevoile timpurilor şi a situaţiilor locale, iar în ultimul timp trebue să ţină cont cu durere şi de posibilităţile sale bugetare. La început a fost preocupată mai ales de

problema anchilostomiazei, mai pe urmă malaria şi febra galbenă.

Pentru studiul febrei galbenă s'a înfiinţat un laborator în Nigeria unde s'au făcut cercetări şi descoperiri importante în legătură cu această boală. In Africa s'a studiat zona epidemiologică a acestei maladii făcându-se cercetări în Nigeria, Coasta de Aur, Gambia, Liberia, Sudan, Congo Belgian etc. In afară de Africa, s'a mai lucrat în anul 1933, pe terenul febrei galbene în Brazilia şi Bolivia. Au apărut mai multe lucrări din partea medicilor angajaţi de Fundaţie în această materie. Fundaţia a subvenţionat măsurile de combatere a boalei în Brazilia etc. Măsurile cele mai eficace s'au dovedit petrolizarea apelor stătătoare şi cultivarea peştilor larvivori.

In lupta contra malariei au fost ajutate în cursul anului 3 State din America de Nord şi 17 State de pe alte continente (8 din Europa.) Din studiile făcute în acest domeniu, s'a desprins constatarea extrem de importantă că combaterea ţinţarilor trebue adaptată condiţiilor lor de traiu, cari variază dela un loc la altul.

Astfel în Albania, o regiune malarizată a fost repede refăcută după observaţia şi luarea măsurilor în consecinţă, că ţânţarii din partea locului nu se pot reproduce în apa sărată Deci lacul care părea locul lor favorit de reproducţie a fost făcut sărat prin adăugarea unei cantităţi de apă sărată din mare printr'un canal. După aceasta măsură, întreaga problemă a malariei a fost rezolvată în aceasta parte.

Pe insulele Filipine s'a făcut o altă observaţie interesantă. Ţânţarii de aici depun ouăle în apele curgătoare şi nici când în cele stătătoare. Prin ajutorul Fundaţiei s'au construit aparate mânate de curentul apei cari distribue automat verdele de Paris în apă.

In Italia campania antimalarică înaintează foarte bine. S'au executat în curs de mai mulţi ani, lucrări importante de drenaj în mai multe părţi ale ţării. Metoda mai mult apreciată în combatere este metoda verdelui de Paris.

In afară de aceste ajutoare materiale, Fundaţia a întreţinut în decursul anului laboratoare şi a salarizat persoane interesate în malariologie, cari au continuat programul Fundaţiei cu privire la studiul biologiei ţânţarilor. Au apărut în cursul anului numeroase şi interesante lucrări în acest domeniu. Alte chestiuni pentru cari Fundaţia a contribuit cu sume respectabile a fost anchilostomiaza (Palestina, Africa, China, India etc.). Endamoeba Histolitica (America de Nord), Filarioza în Ceylon şi Brazilia, Schisostomiaza în Venezuela etc. etc.

Fundaţia Rockefeller contribue cu fonduri la înfiinţarea şi susţinerea de servicii sanitare, fie centrale, fie locale. La serviciile centrale contribue cu preferinţă pentru instituţiile demografice, servicii de epidemiologie, laboratoare de igienă, şcoli de surori de ocrotire, inginerie sanitară, etc. etc. La serviciile periferice contribue cu fonduri pentru desvoltarea şi perfecţionarea acestor servicii, înfiinţează servicii noui sau contribue la rezolvarea anumitelor probleme din programul general de muncă. Scopul acestei colaborări este de a servi ca imbold şi exemplu pentru serviciile similare din ţară şi totodată de a realiza servicii modele cari să servească ca centre pentru practică pe teren medicilor şi surorilor de ocrotire. Astfel în Statele-Unite, Mexico etc. s'a salarizat personal suplimentar la diferite servicii sanitare, în Alabama s'a ajutat la perfecţionarea şcolilor de moaşe, în Portorico a fost subvenţionat cu sume importante Serviciul Sanitar Municipal, în Extremul Orient au fost trimişi specialişti pentru îndrumarea organelor în problemele de sănătate publică, în China un îndrumător stabil pe lângă guvern, la fel în Java.

Fonduri de înzestrare pentru institute de igienă au fost puse la dispoziţia mai multor State din America de Nord şi Centrală.

Fonduri speciale au fost oferite la diferite State din America de Nord, pentru lucrări de inginerie sanitară, la fel în Grecia şi Egipet.

In Polonia biroul central al surorilor de ocrotire din Minister a primit şi continuă să primească fonduri.

In Jamaica biroul educaţiei igienice este subvenţionat, în Columbia se contribue la spesele scoaterei unei reviste de propagandă sanitară.

Ajutoare pentru servicii sanitare locale s'a dat în 33 State din America de Nord, în 4 provincii Canadiene şi 7 State Europene printre

cari şi România. In România este subvenţionată plasa sanitară model Gilău, care cu ajutorul Fundaţiei şi-a încheiat 3 ani de activitate rodnică.

Din 1917 până în anul 1933 s'au dat burse de studii pentru 1216 persoane, burse care variază dela câteva săptămâni până la 1—2 ani. Aceste persoane vin din 52 ţări şi din toate cele 5 continente ale pământului.

Dr. Cosma.

Lt.-Col. Roată Victor: **Pericolul aerian şi mijloacele de apărare.** Edit. Cartea Românească 1934.

E o lucrare de serioasă documentare asupra stării actuale a luptei aeriene prin care autorul „pune la dispoziţia populaţiei, elementele necesare, ca să cunoască consecinţele inspăimântătoare ale lipsei de pregătire şi arată posibilităţile fireşti de apărare impuse de cel mai elementar simţ de pază".

După o scurtă introducere arată în ce constă pericolul aerian. Acesta e format de aviaţia de bombardament şi de aviaţia comercială, care poate fi transformată imediat în aviaţie militară. Aviaţia poate transporta bombe incendiare, bombe explosive, gaze lichide inflamabile, culturi microbiene sau detaşamente armate. In toate acestea cel mai periculos e focul provocat prin bombe incendiare, apoi vin bombele explosive. Gazele de luptă au efect numai asupra celor surprinşi fără mijloace de protecţie.

In partea a doua a lucrării ne indică mijloacele de apărare pe cari le împarte în active şi pasive.

Din apărarea activă face parte aviaţia defensivă care aproape totdeauna va fi silită să evite lupta şi va avea puţine şanse de izbândă. In apărarea contra aeronavelor, locul de frunte îl ocupă tunul ajutat de mitraliere.

Un capitol important îl formează apărarea pasivă cu diferitele ei servicii dintre cari cel mai însemnat e serviciul sanitar. Apărarea pasivă e individuală cu măşti şi vestminte speciale şi colectivă prin adăposturi comune.

Ultimul capitol e rezervat Urbanismului în care ne arată cum trebuesc făcute clădirile în oraşe şi cum trebuesc făcute adăposturile colective.

Autorul în concluzi uni face apel să se creeze industria de războiu, să contribuim cu sumele necesare procurării materialului de artilerie: tunuri şi mitraliere antiaeriene, — şi să ne amenajăm adăpostul, „care este mijlocul de apărare cel mai sigur şi cel mai simplu la dispoziţia fiecăruia".

După datele date de autor, dl ministru al sănătăţii a aprobat această lucrare de utilitate pentru personalul corpului sanitar, recomandând-o pentru cumpărare. **Dr. Ionaşiu.**

Revista revistelor.

C. C. Joung, Bunney, etc. **The significance of the Schick test in the adults** (Importanţa reacţiei Schick la adulţi).

Americain Journal of Public Health. Aug. 1934.

Reacţia Schick îşi are terenul de aplicaţie la copii, în schimb a rămas cu totul nestudiată atât în partea ei practică, cât şi ştiinţifică la adulţi. Autorii de sus şi-au propus să studieze această problemă, încercând să clarifice următoarele puncte:

1. Care este pragul de concentraţie a antitoxinei la adulţi peste care reacţia Schick este negativă şi sub care pozitivă.

2. Insemnătatea imunologică a reacţiilor celulare (necroză, bulă, pigmentaţie, eritem, reacţii false, reacţii combinate, etc.) după proba lui Schick.

3. Raportul între reacţia Schick şi concentraţia de antitoxină la adulţi cu imunitate artificială faţă de adulţii cu imunitate naturală.

4 Raportul dintre etate şi corelaţia între antitoxină, proba Schick şi reacţia celulară înainte şi după stimularea antigenică.

Rezultatele la cari s'au ajuns se pot formula prin următoarele:

Nu există un prag de concentraţie antitoxică la adulţi sub care toate reacţiile Schick ar fi pozitive şi sub ea negative.

Reacţiile negative şi concentraţia antitoxinei se urcă cu etatea, totuşi reacţiile negative se urcă mai brusc decât concentraţia antitoxică.

Intensitatea reacţiei Schick este până la o anumită limită în raport cu concentraţia antitoxinei, dar în afară de antitoxină trebue să fie şi alt sau alţi factori cu influenţă asupra reacţiei.

Nu s'a putut stabili însemnătatea diferitelor reacţii celulare după proba lui Schick.

Imunitatea antidifterică depinde în afară de antitoxină şi de alţi factori. **I. C.**

Lupta contra muştelor. In 1931 Liga Naţiunilor cere Institutelor de Igienă să studieze biologia muştelor şi metodele de tratament al depozitelor de gunoae pentru prevenirea înmulţirii larvelor. Merită să se ia act de raportul extrem de interesant al Institutului de Igienă din Nancy.

S'a constatat că o muscă poate transporta 60.000 — 25,863.000 germeni, iar muştele din apropierea depozitelor de gunoae şi mai mulţi. Cea mai mare parte a germenilor e din grupul colilor.

S'a ţinut o muscă în contact cu 1/2 l. lapte timp de 30', după 24 ore laptele conţinea peste 10 miliarde germeni pe cm^3.

Razele solare au un efect bactericid extrem de puternic asupra germenilor purtaţi de muşte. Muştele capturate din apropierea depozitelor de gunoiu cu un număr de 32 milioane germeni, după o expunere de 2 ore la soare conţin numai 6 milioane. Acest efect al soarelui variază după anotimp, cel mai intens e în lunile Iulie şi August.

Raportul se ocupă ca încheere de diferitele metode de tratament al depozitelor de gunoiu cu scopul împiedecării desvoltării larvelor. Se pare că experienţele făcute atât de acest Institut, cât şi de mulţi alţi entomologi — mai ales americani — n'a produs nimic practic în aceasta direcţie. Tratamentul gunoaelor prin substanţe chimice nu este destul de eficace şi costă scump, iar dispozitivul recomandat de Institutul din Nancy — mai multe camere cimentate cu un sistem de ventilaţie, canal de scurgere pentru zeamă, închiderea ermetică a întregului sistem pentru eliminarea contactului cu muşte — este cu mult prea complicat, costisitor şi cu neputinţă de generalizare.

(După American Journal of Public Health).

Dr. Cosma.

Roger-Dupony et M. Delaville. **Le traitement des toxicomanies par émulsions des lipides végétaux.** Presse méd. Nr. 99, 12 Dec 1934.

Autorii publică o metodă personală de desintoxicaţie. Utilizează o emulsie de lipide vegetale şi de fosfo-amino lipide în ser fiziologic.

Administrează pe cale intra musculară sau subcutanată 5 injecţiuni zilnic de 5 cmc din această emulsie asociate cu de două ori 30 unităţi insulină.

In acelaş timp fac şi un tratament medicamentos foarte variat care tinde să combată diferitele simptome ca: insomnie, stările de agitaţie precum şi fenomenele de tulburare ale sistemului vago-simpatic.

Cura comportă 5 zile de tratament în medie, având avantajul că desintoxicaţia este rapidă şi bolnavii în timpul acesta câştigă în greutate.

A. Touraine et B. Ménétrel. **Le Charbon intraveineux.** Presse méd. Nr. 99, 12 Dec. 1934.

După M. St. Jaques, Touraine şi Ménétrel au experimentat acţiunea suspensiunilor de cărbune animal introduse intravenos şi au constatat toleranţa organismului faţă de aceste suspensiuni.

Cărbunele vegetal activat este şi mai bine tolerat. A fost administrat experimental pe cale intravenoasă în soluţie 2% la iepuri infectaţi cu culturi de stafilococ aureu şi s'a constatat că aceştia au rezistat mai bine infecţiunei.

Cărbunele intrat în circulaţie impregnează toate ţesuturile având o acţiune anti-toxică şi antiinfecţioasă considerabilă, prin proprietatea sa absorbantă şi adsorbantă.

Se pare că mai există şi o acţiune electrică care face să se petreacă în organism un fenomen asemănător cu acela care se întâmplă în filtrele cu cărbune activ şi în măştile cotran gazelor asfixiante, care sterilizează şi neutralizează lichidele şi gazele toxice sau infectate, trecute prin ele.

După autori grăunţele de cărbune modifică Ph.-ul mediului descărcând potenţialul electric al microbului.

După Saint-Jaques ar fi vorba de o reacţiune de apărare a organismului care apare după inj. cu cărbune — care se evidenţiază prin hiperleucocitoză.

Aceasta terapeutică se poate aplica în toate cazurile unde este o infecţiune.

Indicaţii mai imperioase sunt sindromele infecţioase acute, dermatozele acute şi supurative, septicemia, limfangite, reumatism infecţios etc. **Dr. Const. Banu.**

Prof. E. Forgue. **La colpoplastie pour absence congénitale du vagin.** *Paris Médical 1934, Nr. 50.*

Autorul începe prin consideraţiuni generale asupra acestei probleme, subliniind rezultatele mediocre obţinute în cele aproape 100 cazuri operate până în prezent (ultimile statistici), din 150 cazuri publicate, cu o mortalitate de peste 20%.

Dată fiind aplazia utero-ovariană profundă, întâlnită în marea majoritate a cazurilor, — operaţia se limitează la crearea artificială a unui vagin, *organ de copulare şi nu organ de fecundare.*

Autorul nu discută cazurile uşoare, unde nu se întâlneşte de cât un cloazon vaginal despărţind un vagin anterior mic de un vagin superior, profund, cu domul vaginal şi colul uterin normal, sau stenoze vaginale cicatriciale.

După ce trece în revistă procedeele operatorii *„Baldwin - Mori"* — şi *„Schubert"*, — descrie procedeul personal: Prin incizie perineală, transversală, pre-anală, se creiază prin clivaj vesico-rectal un traiect de dimensiuni hypernormale, pe care autorul îl acopere cu grefoane dermo-epidermice, *„Thiersch"*, cât mai mari posibil, astfel ca să poată fi aşezate cu marginile depăşite, suprapuse. Acelaşi procedeu a fost publicat cu puţin timp înainte de *Abbé* în *Medical Record*, 1898. Ar fi deci un procedeu franco-american.

Cu mici modificări personale, *Gersuny* şi *Kirschner-Wagner* în 1930, publică rezultatele obţinute cu acelaşi procedeu.

Complicaţia de temut fiind retracţia acestui vagin neoformat, atât în lungime, cât şi concentrică, autorul recomandă dilataţia din timp în timp cu Hégare, (coitul fiind insuficient, pe cât se pare).

Autorul revendicând titluri de prioritate asupra acestui procedeu, — termină declarându-se de acord cu concluziile Prof. Wagner:

I. *Vagin* din ansă de *intestin subţire, Baldwin-Mori:* rezultate slabe, mortalitate ridicată.

II. *Vagin* dintr'o porţiune de *rect, Schubert:* rezultate mai bune şi mortalitate mai scăzută ca în proc. Baldwin-Mori, — dar cu multe complicaţii posibile, ca incontinenţă de materii, fistule stercorale, stenoze ano-rectale.

III. *Vagin epidermizat:* nici-o mortalitate, fără mare şoc operator, realizabilă cu anestezie locală şi rezultate mulţumitoare; poate fi chiar repetată pentru complectarea epidermizaţiei în profuziune.

J. Lereboullet. **Une opération hardie: l'extirpation de l'hémisphère cérébral droit** *Paris Médical*, Nr. 45, 1933.

După consideraţiuni asupra progreselor neuro-chirurgiei, autorul face o dare de seamă detaliată a operaţiei de mai sus, publicată de *W. James Gardner* în The Journal of The American Medical Association, Sept 1933, relevând importanţa fiziologică a acestei cu adevărat îndrăzneţe operaţii.

W. E. Dandy, a practicat aceiaşi operaţie încă din 1928 pe 5 cazuri cu tumori, — din cari doi au murit de recidive, unul la 3 ani jum., şi celălalt la 3 luni, doi au murit prin hemoragie şi pneumonie la scurt interval după operaţie — iar al 5-lea trecuse de 2 luni după operaţie în momentul publicărei articolului în aceiaşi revistă.

J. Gardner a operat trei cazuri: două au sucombat prin hypertermie în primele 36 ore post-op., al 3-lea caz se află în bune condiţii, la 21 luni după operaţie, în Oct. 1933. Autorul publică acest ultim caz. O femee prezentând multiple simptome de tumoră în regiunea parieto-rolandică dreaptă: crize epileptiforme jacksoniene, uşoară hemipareză stângă stază papilară şi hemianopsie laterală homonină stângă.

La operaţie se descopere o tumoră în conopidă în regiunea temporo parietală dr. Autorul descrie amănunţit technica extirpărei hemisferei bolnave, multe ligaturi, secţiuni şi coagulări de vase şi ţesuturi fiind făcute „à l'electro".

După umplerea cavităţei cu soluţie salină, urmează închiderea craniului. In timpul operaţiei s'a făcut o transfuzie de 750 gr. şi injecţie de 800 gr. ser glucozat 10%. Emisfera ridicată cântărea 520 gr. — examenul histologic arată un oligodendrogliom.

Urmările operatorii au fost foarte bune: bolnava n'a prezentat nici o turburare mintală, doar o hemilegie stângă.

După 22 luni se prezintă astfel: starea psihică normală — perzistenţa paraliziei braţului stâng, dar reapariţia motilităţei gambei. Bolnava poata umbla, — hipoestezie pe toată suprafaţa cutană a jum. stângi a corpului, reflexele tendinoase exagerate la stânga, cu Babinsky pozitiv, scăderea mirosului şi hemianopsie laterală homonimă

In concluzie, rezultatele acestei operaţii sunt foarte bune, datorită în mare parte electro-chirurgiei, care asigură o hemostază tot mai bună.

Dr. Adam Popescu.

Note de Terapeutică.

Paris Medical, Nr. 50, 1934.

Urmările post-operatorii. Ridicatul precoce în chirurgia ginecologică. Susţinută mult de *Chalier*, mai cu rezerve de *Cotte*, părăsirea patului precoce accelerează convalescenţa, dar nu evită întotdeauna trombozele.

Se cere ca peretele abdominal să fie bine cusut — sau incizia Pfannenstiel.

In orice caz inflamaţiile pelviene constituesc o contra indicaţie pentru ridicatul precoce.

Flebitele post-operatorii se explică după *Anselme Schwartz* astfel: datorită parezei intestinale post-operatoare, anumiţi microbi trec în sânge, unde schimbările humorale favorizează aglutinarea plachetelor sanghine şi formarea unui trombus alb la nivelul unei vene oarecum pregătită.

A. Schwarz recomandă vaccinarea preoperatorie cu *vaccin Fisch* (coli, entero şi stafilococi) şi evitarea purgativelor, — obţinând cu această metodă reducerea procentului de 4 flebite la 50 hysterectomii pentru fibrome, la 3 flebite în 120 hysterectomii.

Se declară pentru ridicarea precoce, sau, cel puţin, mobilizarea în pat.

Dr. Ion Ad. Popescu.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

„Zilele Medicale" dela Sibiu

constituesc nu numai o fericită ocazie pentru medicul practician din provincie, plecat de mult din Clinicele Universitare, de a-şi îmbogăţi cunoştinţele medicale cu ultimele noutăţi ştiinţifice, — dar au devenit adevărate zile de sărbătoare intrate în obişnuinţa medicilor locali şi aşteptate cu nerăbdare.

Urmând frumoasa tradiţie începută anul trecut, când au conferenţiat reprezentanţi de elită ai *Facultăţii de Med. din Bucureşti,* anul acesta Conferinţele au fost ţinute de Profesori distinşi ai *Şcoalei Medicale din Cluj.*

Conferinţele au avut loc între 15—18 Noemvrie, la Instit. Obstetric, în faţa unui public medical numeros. S'a remarcat prezenţa a foarte numeroşi medici sanitari şi de circumscripţie, atât din judeţul Sibiu, cât şi din judeţele învecinate.

„Zilele Medicale" au fost deschise printr'un călduros cuvânt de bun sosit ţinut de *Dl Dr. I. Stoichiţia, Inspector General Sanitar,* iniţiatorul Zilelor Medicale şi conducătorul Comitetului Organizator, la care a răspuns *Dl Prof. C. Tătaru,* în numele Conferenţiarilor din Cluj.

* * *

Ziua I-a.

Seria conferinţelor*) este începută de Dl *Prof. C. Tătaru*, care desvoltă următorul subiect:

Profesor Dr. C. Tătaru: **Concepţia actuală asupra tratamentului sifilisului.**

In conferinţa de deschidere a Zilelor Medicale, Dl Prof. Tătaru a desvoltat concepţia Şcoalei din Cluj despre starea actuală a tramentului sifilisului. D-sa ne-a arătat, că intensitatea şi durata unui tratament specific depind în primul rând de stadiul în care se află infecţia. Privind problema din acest punct de vedere vom putea deosebi patru tipuri principale de tratament: 1. *Tratamentul preventiv* se aplică în stadiul de incubaţie, când există bănuiala unei infecţii sifilitice; se administrează 1·50-2, 3·4 sau 7·8 gr. Neosalvarsan, după cum bolnavul s'a prezentat în primele ore, primele zile, sau la mai multe zile după contactul suspect. 2. *Tratamentul abortiv* este indicat în sifilisul primar seronegativ şi constă din trei serii (una abortivă şi două de siguranţă) arseno-bismutice, resp. arseno-mercuriale alternante, făcute la intervale de 6 săptămâni. Important e excisia, cauterizarea şancrului, sau cel puţin aplicarea unei alifii cu mercur pp. alb 10-20%, pentru a elimina, resp. desinfectă astfel focarul principal de spirocheţi. 3. *Tratamentul curativ precoce* se face în sifilisul primar sero-pozitiv, dar fără fenomene secundare; în acest caz aplicăm 4 serii combinate (As + Bi sau Hg), cu pause de 4 săptămâni. In fine 4. *Tratamentul cronic intermitent* se aplică în stadiile mai înaintate ale sifilisului. Acest tratament durează 3 ani, constând din 10 serii arseno-bismutice şi arseno-mercuriale, ultima eventual arseno-iodică.

Terminând, conferenţiarul relevă încă importanţa examenului lichidului cefalo-rachidian, care trebue făcut totdeauna după terminarea tratamentului.

Dl Prof. Dr. Mihail: **Periflebita tuberculoasă a retinei în cadrul problemei tbc. vasculare.**

Făcând istoricul afecţiunilor tuberculoase ale ochiului Dl Prof. Mihail constată că acest capitol de patologie oculară este de dată foarte recentă.

---

*) Intrucât conferinţele ţinute vor fi publicate „in extenso“ în corpul revistei, începând cu numărul prezent, — vom reda mai jos numai rezumate f. prescurtate din cele expuse de Domnii conferenţiari.

Flebita tuberculoasă a retinei, una din localizarea tuberculozei la niv. ochiului este o afecţiune relativ destul de des întâlnită.

Cercetările din ultimul timp au stabilit că anumite hemoragii recidivante ale vitrosului, cari nu îşi aveau vre-o explicaţie, se datoresc acestei afecţiuni.

Autorii francezi considerau că leziunile de flebite ale arterei se datoresc infecţiunei sifilitice pe când germanii în frunte cu Axenfeld au stabilit etiologia lor tuberculoasă incontestabilă.

Agregat Dr. M. Zolog. **Vaccinarea B. C. G.**

Dl Dr. M. Zolog face un studiu critic statistic al rezultatelor obţinute prin vaccinarea B. C. G. la noi în ţară, bazându-se pe observaţiile făcute în această direcţie la Plasa sanitară model Gilău. Intre mortalitatea vaccinaţilor şi nevaccinaţilor există fără îndoială o mare deosebire în favorul celor vaccinaţi, însă nu trebuie pierdut din vedere faptul, că în afară de vaccin mai sunt şi alţi factori — cum este grija mai bună a celor vaccinaţi, eliminarea noui-născuţilor debili, febrili dela vaccinare etc. — cari contribuesc la diferenţierea acestor două grupuri. Până nu se va putea stabili exact influenţa separată a acestor factori, datele statistice nu vor putea avea o valoare ştiinţifică riguroasă. In orice caz din observaţiile de până acum se desprind clar constatările că, 1) vaccinarea este inofensivă; 2) mortalitatea celor vaccinaţi este mai redusă decât a celor nevaccinaţi, dar nu în măsura exagerat de mare, dată de majoritatea statisticelor noastre; 3) prin vaccinare problema tuberculozei e departe de a fi primit o rezolvare definitivă.

Docent Dr. A. Ianeu: **Erorile cele mai frecuente în diagnosticul şi terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului.**

Incepând cu starea febrilă din primele zile ale noului născut, „febra transitorie“ prin lipsa lichidelor, — trece la marele capitol al dispepsiilor, insistând mai mult asupra greşelilor făcute cu regimul de înfometare. Hidrolabilitatea şi Hidraţii de cărbune, administrarea purgativelor, stricta dozare a alimentaţiei în perioada de reparaţie şi tratamentul infecţiilor parenterale, — sunt alte câteva subiecte a căror interesantă expunere se poate urmări în conferinţa publicată „in extenso“ în corpul revistei (pag. 469).

Ziua II-a.

Prof. Dr. Urechia: **„Paralizia infantilă“.**

Dl Prof. Urechia face o expunere foarte completă şi sistematică a boalei lui *Heine-Medin.* După un scurt istoric al problemei,

Dl Prof. expune tabloul clinic al acestei boale (febra, tulb. viscerale, apariţia paraliziilor, reacţiunile electrice) şi toate variantele acestui tablou. Trece apoi la discutarea etiologiei şi a patogenezei. Sunt desbătute cercetările făcute asupra virusului filtrant poliomielitic, asupra rezultatelor inoculării la animale (maimuţe), asupra căilor de infecţie şi asupra raportului dintre epidemiile de paralizie infantilă şi situaţia geografică.

O importantă parte a expunerii o formează studiul anatomo-patologic al boalei şi descrierea formelor clinice pe care le îmbracă.

In partea consacrată tratamentului, Dl Prof. Urechia precizează diferitele metode terapeutice (Serul Petit, tratamentul paraliziilor, etc).

Conferinţa Dlui Prof. Urechia a fost însoţită de proecţiuni admirabile de secţiuni histo-patologice.

Profesor Dr. Marius Sturza: **Apele carbo-gazoase.**

1. Ca mijloc therapeutic, aplicate la exterior: Acidul carbonic exercită iritaţiuni asupra pielei producând vasodilataţie cu repercursiuni de descongestionare asupra organelor thoraco-abdominale; uşurează travaliul inimei. Dar apele carbo-gazoase influenţează sistemul nervos vegetativ, sistemul endocrin şi organele thermoregulatoare.

2. Ca mijloc therapeutic aplicate la interior:

Ele influenţează metabolismul organismului prin resorbţia acidului carbonic. Diferite maladii, diferiţi bolnavi reacţionează şi după conţinutul feluriţilor electroliţi cari însoţesc acidul carbonic cu apele carbo-gazoase.

Se recomandă observaţia minuţioasă a bolnavilor trataţi cu ape carbo-gazoase, pentruca prin analize şi examinări repetate să se stabilească principiile terapeutice.

Doc. Dr. Daniello: **Intervenţia lui Iacobaeus în tratamentul tuberculozei pulmonare.**

Pneumotoracele artificial poate fi 1) complet şi 2) parţial, datorit aderenţelor pleurale şi având localizări diferite.

După istoric, descrie procedeul lui Iacobaeus, care constă în rezecarea aderenţelor pleurale, prin termo sau electrocauterizarea sub controlul pleuroscopiei, care se face cu un fel de cistoscop.

Indicaţia operaţiei lui Iacobaeus este în cazuri de:

1. Pneumotorace incomplect datorit aderenţelor fine.
2. Unele aderenţe membranoase.

3 Bride fără țesut pulmonar și fără vase și a căror inserție pulmonară e departe de caverne.

Contra-indicațiile sunt aderențele simfizare, în cari cazuri se secționează numai țesutul granulos cari le fixează de păretele toracic.

Complicațiile sunt: hemoragii, perforații pulmonare, emfizem, pleurezie seroasă sau purulentă și infecțiuni exogene.

Citează apoi statisticele diferiților autori precum și a Clinicei Medicale din Cluj.

In concluzie, operația lui Iacobaeus ameliorează mult tratamentul pneumotoracelui — prin desăvârșirea colapsului pulmonar și turtirea cavernelor — atunci când este aplicată prudent, la timp și în cazurile perfect indicate.

La sfârșitul conferinței prezintă o serie de radiografii pulmonare, făcute înainte și după operația lui Iacobaeus la bolnavii din Clinica Medicală din Cluj.

Ziua III-a.

Prof. Dr. Minea: **Tratamentul biologic al polinevritelor.**

Prof. Minea expune metodele biologice încercate de D-sa în tratamentul polinevritelor (opoterapia tiroidiană etc.) Dintre toate metodele, cele mai bune rezultate le-a dat metoda serului antilipazic, preconizată de D. Prof. Minea.

Plecând dela observațiile făcute împreună cu D. Prof. Marinescu, observații care subliniază importanța fermenților lipolitici în degenerarea fibrelor nervoase, Profesorul Minea a încercat să găsească o metodă pentru a împiedica acțiunea acestor fermenți. In acest scop a preparat o antilipază prin injecții de lipază la iepure.

Rezultatele administrării la animalele cu sciaticul secționat au fost foarte importante: acest ser a grăbit regenerarea fibrei nervoase secționate. In timp ce câmpul microscopic la animalele martore nu prezintă decât slabe regenărări, la animalele tratate cu produsul obținut la iepure se observă o puternică tendință spre creștere a fibrelor nervoase.

Aplicările acestei metode în tratamentul polinevritelor au dat rezultate excepțional de bune. Timpul de vindecare este mult scăzut, iar rezultatele sunt superioare celorlalte metode de tratament.

Doc. Dr. G. Popoviciu: **Insuficiența ovariană și tratamentul său;** a conferențiat în locul d-lui *Prof. Kernbach*, care a fost împiedecat în ultimul moment să se deplaseze.

Dupe ce menţionează cauzele insuficienţei ovariene începând dela pubertate, cauze congenitale şi cauze secundare, — descrie formele clinice diferite: turb. vasomotorii, psihice, anemie, amenoree, hipo şi oligomenoree, menoragie, dysmenoree, — trece la mijloacele noui de diagnostic: titrarea hormonilor sexuali prin metoda Zondeck, cu ajutorul căreia putem preciza hiper sau hipo-funcţiunea ovarului — pentru a putea aplica un tratament raţional.

Tratamentul obişnuit se face în epoca intermenstruală, alternând preparatele de prolan cu cele de foliculină dupe caz. Când insuficienţa ovariană se asociază cu altă turburare endocrină se va administra preparatul pluriglandular necesar.

Menopauza trece prin 3 perioade:

1. faza iniţială de hiperfoliculinemie, când se administrează prolan,

2. faza doua, de hipofuncţiune, când se dă foliculină — şi

3. menopauza instalată, când se dau preparate de ovar total cu Ca, Br, Papaverină, etc.

In menopauza accidentală, prin operaţie sau Röntgen, — când foliculina nu dă rezultate, — se încearcă opoterapia chirurgicală prin transplantarea de greţe de ovar viu şi mucoasă uterină. Se recomandă pe cât posibil cruţarea mucoasei uterine la operaţii.

Prof. Dr. Ţeposu. **Mijloace fizice noui în explorarea rinichiului.**

După ce face un istoric al evoluţiei mijloacelor de explorare a rinichiului, insistând îndeosebi asupra desavantajului pe care-l oferea examenul simplu urinar, fără alte mijloace tehnice, D-Sa relevă deosebita importanţă a descoperirei cistoscopului. Această descoperire dă naştere unei noi epoci — care pune urologia pe bază absolut ştiinţifică. Oratorul după ce arată diferitele stadii prin care a trecut cistoscopul până a putut ajunge la perfecţiunea actuală, insistă asupra pielografiilor. D-Sa foloseşte cu rezultate admirabile Uroselectanul şi Perabrodilul ca substanţe opace pentru pielografii.

E pentru pielografie ascendentă şi numai în cazurile unde sunt contra indicaţiuni ca: cistite hemoragice sau obstacole pe traiectul ureterelor, — face pielografii descendente.

La sfârşitul conferenţei Domnia Sa prezintă un material foarte bogat şi instructiv de clişee, îndeosebi cu tuberculoză renală.

Ziua IV-a.

Prof. Dr. Iuliu Haţieganu: **Sindromul abdominal polivalent.**

Domnul Profesor Dr. Iuliu Haţieganu, într'o conferinţă magistrală sintetizează etiologia şi simptomatologia acestui sindrom.

Domnia-sa spune că adeseori medicul este pus în situaţia de-a examina bolnavi cu suferinţe abdominale lungi, urmând variate tratamente, fiind nemulţumiţi de rezultatele obţinute. O parte din ei au fost operaţi de apendicită, colecistită, anexită etc.; citează un caz cu şase intervenţii chirurgicale abdominale fără ca să obţină o ameliorare, ba mai mult, la majoritatea celor operaţi se observă o agravare a suferinţelor anterioare.

Aspectul pesimist, indispoziţia, le-a atras numirea de „mizerabili". Anemia caracteristică este foarte frecventă şi de o coloare verde; fiind observată mai des la femei, le-a atras numirea de „la princesse verte". Expune pe urmă importanţa infecţiunilor latente ale organelor cavitare abdominale, simptomatologia caracteristică şi tratamentul corespunzător.

Conferinţa a fost urmată cu multă atenţie din partea unei numeroase asistenţe.

Prof. Dr. I. Goia: **„Granulomatoza malignă".**

D. Prof. Goia face o expunere a concepţiilor actuale asupra granulomatozei maligne. După o descriere a simptomatologiei: adenopatie, prurit, febra ondulantă etc., Domnia sa expune principalele forme ale granulomatozei maligne, şi datele anatomo-patologice caracteristice acestui sindrom: polimorfismul ganglionilor, celulele lui Sternberg, formula leucocitară etc.

In privinţa tratamentului D. Prof. Goia recomandă razele Roentgen, şi dă o statistică bazată pe rezultatele acestui tratament. D. Prof. Goia expune apoi cercetările sale experimentale care caută să lămurească etiologia granulomatozei maligne. Inoculările făcute la cobai au dat foarte des tuberculoză pozitiv, în special prin treceri repetate dela animal la animal. Concluzia Dlui Prof. Goia: granulomatoza malignă este o formă specială a tuberculozei (mai avem de ex lupusul); ar fi determinată de o specie a bacilului Koch deosebită poate de specile cunoscute.

Duminecă după masă la ora 6, *Dl Prof. Dr. Minea* a conferenţiat în Sala Prefecturei, despre: **Câteva date fiziognomice.**

Folosind o bogată galerie de portrete cu expresiuni diferite, D-Sa a expus problema cunoaşterii caracterului unei persoane dupe expresia fiziognomică. Conferinţa a fost ascultată cu interes de un public foarte numeros.

In prima zi, între conferinţele de înainte de masă terminate la ora 11 — şi cele dupe masă începute la ora 17, a avut loc vizitarea Institutiilor sanitare de Stat şi particulare din Sibiu; s'a vizitat Institutul Obstetric şi Ginecologic, Spitalul Public, Ambulatorul Policlinic, Clinica Martin Luther şi Spitalul de boli mintale.

In ziua II-a a avut loc o frumoasă excursie în frumtaşa comună românească *Săliştе*, de lângă Sibiu. S'a vizitat casa de ocrotire Regele Carol II, o frumoasă realizare a serviciului sanitar judeţean — şi Institutul de idroderapie.

S'a oferit o masă românească oaspeţilor de către Primăria comunei.

In ziua III-a, excursie la *Avrig*. Aici s'a vizitat mormântul marelui dascăl al neamului, Gheorghe Lazăr", fabrica de sticlă şi Sanatoriul Bruckenthal al Bisericei Evanghelice. Direcţiunea sanatoriului a oferit oaspeţilor o masă colegială.

In ziua IV-a a avut loc o bine cercetată excursie la frumoasa staţiune de munte *Păltiniş* — situată la o altitudine de 1400 m. — în apropierea Sibiului.

Seara a avut loc un Banchet oferit de Asociaţia Generală a Medicilor şi Colegiul medicilor din Sibiu.

Au luat cuvântul D-nii Dr. Stoichiţia, Inspector General Sanitar, Dr. Preda, Inspector General Sanitar, General Dr. Manea, la cari au răspuns Doamna şi D-nul Profesor Dr. Minea.

*

Presa a fost reprezentată prin D-l Dr. Ygrec, redactor la ziarele Dimineaţa şi Adevărul, — care a participat la toate conferinţele şi excursiile cari s'au făcut.

* * *

Dela filiala societăţei de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie.

In ziua de 23 XI. 934, filiala acestei societăţi a ţinut şedinţă sub preşedenţia Dlui Dr. G. Preda, Inspector General Sanitar, cu următoarea ordine de zi:

Dl Dr. G. Preda
I. Referat asupra lucrărei „L'encéphalite psychosique aigue hémorragique" a lui L. Marchand şi A. Courtois.
II. O expunere asupra problemei sinuciderei în legătură cu articolul lui Paul Courbon despre „Sinuciderea nepatologică".
III. Note terapeutice.

Dl Cupcea S. *O comunicare asupra concepţiilor sociologice din psihiatria americană.*

Dl Dr. Lungu C. *Prezentarea unui caz de azotemie cu aspect neurologic.*

In ziua de 30 XI. 934, filiala acestei societăţi a ţinut şedinţa săptămânală sub preşedenţia Dlui Dr. G. Preda, Inspector General Sanitar, cu următoarea ordine de zi:

Dl Dr. G. Preda *Consideraţiuni asupra ideilor moderne din psihologia caracterului. Metoda lui Heymans şi Wiersman. Raportul dintre caracter şi temperament.*

Dl S. Cupcea *Prezentarea unei serii de teste de perfor manţă.*

In ziua de 7 XII. 1934 s'a ţinut şedinţa săptămânală sub preşedenţia Dlui Dr. Gh. Preda, Inspector General Sanitar, cu următoarea ordine de zi:

Dl Dr. Gh. Preda, *în cadrul unui ciclu de expuneri asupra concepţiei desintegraţiei, a ţinut o conferinţă despre „Halucinaţia considerată ca un proces de desintegraţie".*

Dl S. Cupcea *a făcut o recenzie a cărţii „The nature of human conflicts" de Alexander Luria.*

In ziua de 14. XII. 1934, în cadrele acestei societăţi Dl Insp. Dr. Gh. Preda a ţinut o conferinţă despre „Isterie".

Activitatea medico-socială.

In ziua de 16 Decemvrie 1934, s'a făcut o minuţioasă anchetă medico-socială în comuna Mohu. Cu aceasta ocaziune s'au vizitat de către medicii anchetatori toate gospodăriile din comună (261) şi s'au examinat din punct de vedere medical din totalul de 1011 locuitori ai comunei 859 adecă 84·9%. Toate constatările făcute de medici s'au consemnat în fişe sanitare individuale pentru fiecare locuitor şi pentru fiecare gospodărie în parte.

Ancheta medico-socială a fost organizată şi pregătită de către Domnul Dr. I. Cosma, medic primar al judeţului Sibiu, în colaborare cu Domnul Dr. Oliver R. Vraciu, medicul circ.

Echipa de medici, farmacişti şi personal sanitar auxiliar a lucrat sub conducerea Domnului Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia, având următoarea compunere:

Medici: *Dr. I. Stoichiţia, Dr I. Cosma, Dr. I. Slavu, Dr. G. Păcurariu, Dr. Adam Popescu, Dr. Em. Ilcuşu, Dr. L. Stupariu, Dr. Kloess, Dr. Gherghel, Dr. Vraciu, Dr. Matinca, Dr. Roşca, Dr. Wachsmann, Dr, Banu, Dr. Schulz, Dr. Arz, Dr. Lungu, Dr. Nanu, Dr. Teleman, Dr. Bucur, Dr. Bude, Dr. Kenst, Dr. Löwy şi Dr. Thullner.*

Farmacist: *Victor Pop.*

Surori de ocrotire: *M. Manta, V. Buzea, Virginia Manta şi Ana Nechifor.*

Moaşe: *Iuliana Ciorogariu.*

Agent sanitar: *Maniu Vasile*
Om de serviciu: *Alexandru Duna.*

Medicii specialişti ai echipei au dat următoarele consultaţiuni de specialitate:

Boli interne	58	*Ginecologice*	16
Otorinolaringologice	40	*Dermatologice*	28
Oftalmologice	14	*Reacţii Wassermann*	28
		Extracţii dentare	20
		Reacţii Pirquet	11 poz. 107 neg.

Medicamente gratuite au primit 167 persoane.

KNORR

Alimente tonice reconstituante, fortifiante şi de regim

Pentru

COPII ŞI ADULŢI

anemici, debili, reconvalescenţi
boli de stomac, ficat, rinichi, plămâni

vindecă repede!

Recomandaţi
Cacao de ovăz
Fulgii de ovăz
Făina de ovăz
Grisul de ovăz

Knorr

Făinuri din orez, orz şi porumb
Tapioca şi Sago. — Numai

KNORR

Note şi informaţiuni.

Noul preşedinte al Asociaţiei generale a medicilor, *a fost ales în persoana D-lui* ***Profesor Dr. N. Gheorghiu,*** *în urma demisiei D-lui* ***Prof. Danielopolu,*** *din cauza multiplelor ocupaţiuni, D-Sa fiind reprezentant al Universităţii în Senat şi delegat permanent al României în Comitetul Internaţional de Higienă dela Paris.*

Profesori noui la Facultatea de medicină din Bucureşti. *In urma cererei Consiliului profesoral dela Facultatea de medicină din Bucureşti, s'au înfiinţat: o catedră de Puericultură la care a fost numit dl* ***Profesor Dr. Titu Gane*** *dela Facultatea de medicină din Cluj — şi o catedră de Teorie obstetricală în clinica II-a obstetricală, la care a fost numit dl* ***Profesor Dr. M. Zaharescu-Karaman,*** *dela Facultatea de medicină din Iaşi.*

Concentrarea tuturor serviciilor medicale la Ministerul Sănătăţii. *Guvernul a dat următorul comunicat: Consiliul de miniştri a luat în deliberare şi a aprobat decretul-lege prin care toate serviciile medicale şi de asistenţă, depinzând de orice administraţie publică sau particulară sunt puse sub îndrumarea şi controlul Ministerului Sănătăţii.*

Toate spitalele judeţelor şi comunelor trec sub administraţia Ministerului.

Personalul sanitar superior va fi organizat în mod unitar, ca recrutare, grade şi jurisdicţie, după dispoziţiile legii sanitare.

Toţi medicii vor fi recrutaţi prin concurs.

Aşezămintele de ospitalizare care aparţin diferitelor case autonome, rămân ca funcţionare şi administrare la aceste aşezăminte, personalul medical fiind sub îndrumarea şi controlul Ministerului Sănătăţii.

Examenul de capacitate pentru medicii sanitari, *care urma să înceapă la 19 Noemvrie 1934, s'a amânat pentru 2 Mai 1935.*

Societatea de Hidrologie şi Climatologie, *a ţinut adunarea de toamnă în ziua de 9 Decemvrie a. c. când s'au discutat următoarele rapoarte: a)* Legea balneo-climatică şi turistică, — raportor general Dr. Vicol; *b)* Mersul staţiunilor balneare şi climatice, în 1934, raportor Prof. Dr. Marius Sturza; *c)* Uniunea medicilor balneari din estul şi sudestul Europei, raportor Dr. I. Daniel; *d)* Clubul turistic al Micei Antante, raportor ad. Buia.

După amiază s'au discutat apele sulfuroase în terapeutică: a) Consideraţiuni asupra întrebuinţărei apelor sulfuroase, raportor Prof. Dr. Pamfil; *b)* Variaţiile glutationului cu apele de Mangalia, raportor Prof. Tudoran, Herescu şi Strat; *c)* Terapia balneară a apelor sulfuroase, raportor, Col. Dr. Irimescu; *d)* Metode noui de tratament cu apele sufuroase, raportor

Prof. Dr. Marius Sturdza; *e)* Balneo-terapia apelor sulfuroase în staţiunile străine, raportor Prof. Dr. Michăilescu; *f)* Modul de încălzire—răcire al apelor sulfuroase, raportor Dr. Daniel.

Pentru surorile de ocrotire:

Se aduce la cunoştinţă că Ministerul Sănătăţii prin ord. Nr. 90.682 din 12 Decemvrie 1934, a aprobat o întrunire a surorilor de ocrotire la Cluj, pentru zilele de 2—5 Ianuarie 1935, în vederea înfiinţării unei Asociaţii profesionale. Deschiderea adunării va avea loc în ziua de 3 Ianuarie 1935, ora 9 la Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj, Calea Moţilor Nr. 27, având ca programă prezentarea şi aprobarea statutelor asociaţiei ce urmează a se înfiinţa, câteva conferinţe de ordin profesional cu demonstraţii şi vizitarea Instituţiilor de ocrotire din localitate.

Cuvântul de deschidere îl va ţine Doamna Inspectoare Eug. Costreş. La întrunire suntem informate că Ministerul Sănătăţii va fi reprezentat prin Domnul Stănescu, Director General al Ocrotirii.

Concursuri:

Prin publicaţiunea Nr. 8956 din 24 Noemvrie 1934, a Epitropiei Generale a Casei Sf. Spiridon din Iaşi, se aduce la cunoştinţă, că concursurile de medici secundari, publicate în Monitorul Oficial Nr. 156 din 10 Iulie 1934 şi cari urmau să aibă loc la 1 şi 10 Decemvrie 1924, s'au amânat pentru următoarele date: 1 Martie 1935, medicină internă şi 10 Martie 1935, chirurgie.

Inscrierile se vor închide cu 5 zile libere înainte de ziua fiecărui concurs.

Concursul se ţine conform regulamentului de concursuri al Casei, publicat în Monitorul Oficial Nr. 190 din 28 August 1928.

La 1 Aprilie 1935, se va ţine concurs la Spitalul Central — Cancelaria Colegiului Medical — pentru ocuparea definitivă a postului de medic primar — specialitate de chirurgie — vacant la Spitalul „Bârlad şi Elena Beldiman" din Bârlad, pendinte de această instituţie.

Cererile de înscriere la concurs, se vor prezenta Epitropiei Generale la Iaşi, însoţite de actele şi lucrările prevăzute la art. 7 din regulamentul de concursuri al Casei, iar închiderea registrului de înscriere, se va face cu cinci zile libere înainte de începerea concursului.

Domnul Dr. Ionaşiu Liviu, medic primar director la Spitalul de boli mintale din Sibiu, a fost delegat şi cu direcţiunea Ospiciului de cronici mintali, recent înfiinţat la Râul Vadului.

Domnul Dr. Egon Gundhardt, medic asistent la Spitalul de boli mintale din Sibiu, a fost detaşat a face serviciul la Ospiciul de cronici mintali dela Râul Vadului.

Posturi vacante:

Un post de medic al circ. rur. Apoldul de jos, jud. Sibiu;

Un post de medic al oraşului Vaslui;

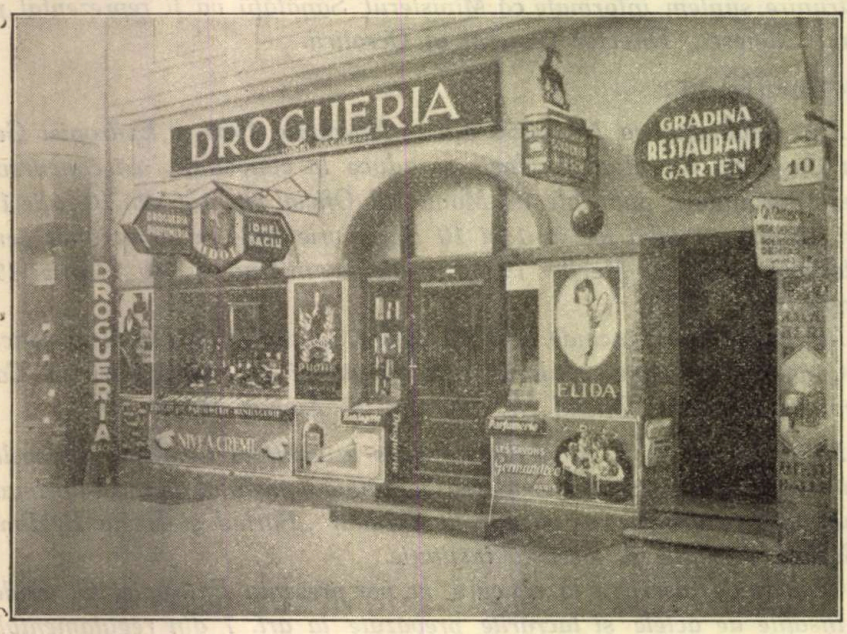
Un post de medic de circ. urbană la Municipiul Sibiu;

Un post de medic şef de policlinică cl. I (medic primar chirurgie spital) la Spitalul Casei Muncii C. F. R. Bucureşti (fost Sanatoriul Dr. Antoniu).

Cererile, pentru candidarea la acest din urmă post, se vor adresa, până la 2 Ianuarie 1935, la Ministerul Sănătăţii.

Un post de medic al circ. şi Spitalului Saba din judeţul Cetatea-Albă.

Cererile celor cari întrunesc condiţiile legale de a-l ocupa, se vor adresa Ministerului Sănătăţii, până la 13 Ianuarie 1935.



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

TABLA DE MATERII, 1934.

I. Articole ştiinţifice.

	Pagina
Dr. Apostol Od., Maior: Fiziologia ochiului şi aeronavigaţia de noapte	331
„ „ „ Terapeutica gazaţilor	392
Dr. Burlă A.: Cancerul şi mijloacele de tratament	271
Dr. Cahane M. şi *Dr. Tatiana Cahane:* Consideraţiuni asupra unui caz de hemibalizm	388
Dr. Capitanovici M., *Dr. Dumitrescu* şi *Dr. Roşca:* Tratamentul supuraţiilor pulmonare prin injecţii intravenoase cu alcool	60
Cupcea S şi *Dr. Preda Gh.:* Examinarea eficienţei intelectuale la bolnavii mintali	462
Dr. Demian: Consideraţiuni asupra narcozei cu Avertin	401
Dr. Dosios A. şi *Dr. Ionaşiu L.:* Atenţia şi memoria în fazele depresive şi acute ale schizofreniei	325
Dr. Filipescu O., Docent: Rezultatele operatorii în cancerul stomacal	8
„ „ „ Intervenţiile chirurgicale în Basedow	52
„ „ „ Pseudoartrozele oaselor lungi şi tratamentul lor	204
„ „ „ Chistele hidatice şi tratamentul lor chirurgical	311
Dr. Ghizdavu I.: Un caz de erizipel complicat cu septicemie supra-acută	83
Dr. Goia I. Profesor: Contribuţiuni la forma localizată a limfogranulomatozei maligne	117
Hefner, Dr. Preda şi Dr Stoenescu: Planul şi tehnica de urmat în tratamentul prin şoc la bolnavi mintali, precum şi rezultatele obţinute	125
Iosif S., Dr. Ionaşiu L. şi *Dr. Lungu C.:* Hereditatea în schizofrenie	476
Dr. Iamandi G.: Consideraţiuni asupra stazei duodenale în legătură cu câteva cazuri clinice	129
Dr. Iancu A., Docent: Erorile cele mai frecvente în diagnosticul şi terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului	469
Dr. Ionaşiu L. şi *Dr. Lungu C.:* Puncţia rachidiană repetată în tratamentul shizofreniei	63
„ „ „ „ Contagiune psihică (Folie à deux)	80
„ „ „ „ şi *Iosif S.:* Hereditatea în schizofrenie	476
Dr. Ionaşiu L. şi *Dr. Dosios:* Atenţia şi memoria în fazele depresive şi acute ale schizofreniei	325
Dr. Kisch E. şi *Dr. Stoichiţia I.:* Consideraţiuni asupra tratamentului prin pneumotorace artificial bilateral	318
Dr. Lungu C. şi *Dr. Ionaşiu L.:* Puncţia rachidiană repetată în tratamentul schizofreniei	63
„ „ „ „ şi *Iosif S.:* Hereditatea în schizofrenie	476
Dr. Manta C. şi *Dr. Moga R.:* Consideraţiuni asupra pietrelor pulmonare	72
„ „ şi *Dr. Stoichiţia I.:* Pericardita cu exudat ca singura manifestare în cursul boalei reumatismale	16
Dr. Mavru A.: Rezultatele obţinute în infecţiuni chirurgicale cu strepto, stafilo şi pneumococi, tratate prin Lysate-Vaccinuri Duchon	334
Dr. Moga R. şi *Dr. Manta C.:* Consideraţiuni asupra pietrelor pulmonare	72

Pagina

Dr. Nana A. şi *Dr. N. Onaca:* Tratamentul chirurgical al gangrenei spontane a membrelor în legătură cu 140 cazuri — — — — — — 260
Dr. Onaca N. şi *Dr. Nana A.:* Tratamentul chirurgical al gangrenei spontane a membrelor în legătură cu 140 cazuri — — — — — — 260
Dr. Papilian V. Prof.: Sincopa adrenalino-cloroformică — — — — — — — — — 255
Dr. Popovici Gh, Prof.: Mijloace noui în combaterea mortalităţii copiilor în ţara noastră 449
Dr. Preda Gh.: Câteva date asupra imperfecţiunei creerului nostru şi a mijloacelor prin care s'ar putea înlătura — — — — — — — — — — — — — 5
Dr. Preda Gh., Dr. Stoenescu şi *Hefner:* Planul şi tehnica de urmat în tratamentul prin şoc la bolnavii mintali, precum şi rezultatele obţinute — — — — — — — — 125
Dr. Preda Gh.: Muzica vocală şi intrumentală ca ştiinţă psiho-fiziologică şi psihoterapeutică (Meloterapia) — — — — — — — — — — — — — 196
Dr. Preda Gh. şi *Cupcea S.:* Examinarea eficienţei intelectuale la bolnavii mintali 462
Preda V.: Contribuţiuni la studiul antropometric al capului la schizofrenice şi maniace 407
Dr. Râmneanţu P., Dr. Vraciu O.: Indicele vital simplu în România şi provinciile istorice 375
Dr. Roşca, Dr. Capitanovici şi *Dr. Dumitrescu:* Tratamentul supuraţiilor pulmonare prin injecţii intravenoase cu alcool 60
Dr. Schultz şi *Dr. Zinck:* Consideraţiuni asupra maladiei Nicolas-Favre în legătură cu un caz — — — — — — — — — — — — — — 481
Dr. Stoenescu T., Dr. Preda Gh. şi *Hefner:* Planul şi tehnica de urmat în tratamentul prin şoc la bolnavii mintali, precum şi rezultatele obţinute — — — — — — 125
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Kisch E.:* Consideraţiuni asupra tratamentului prin pneumotorace artificial bilateral — — — — — — — — 318
Dr. Stoichiţia I. şi *Dr. Manta C.:* Pericardita cu exudat ca singura manifestare în cursul boalei reumatismale — — — — — — — 16
Dr. Stroia Stanciu: Peritonita pneumococică — — — — — — — — — — — — 210
Dr. Sturdza I.: Ghiaţa naturală ca focar de infecţie în epidemia de febră tifoidă din Sibiu, în anul 1932 — — — — — — — — — — — — — — — 66
Dr. Suciu-Sibianu M: Un caz de melano-sarcom al coroidei — — — — — — — 398
Dr. Tănăsescu H.: Infecţia collibacilară şi graviditatea — — — — — — — — — 18
„ „ „ Accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar în parturaţie — — — — — — — — — — — — — — — — 76
„ „ „ Metode terapeutice de Obstetrică şi Gynecologie — — — — — 145
„ „ „ Un caz de anomalie uro-genitală — — — — — — — — — — 278
Dr. Vancea P.: Consideraţiuni asupra tratamentului adjuvant în oftalmologie — — 414
Dr. Vilt F.: Intoxicaţiuni după Salvarsan şi contraindicaţiuni — — — — — — — 215
Dr. Vintilă I.: Contribuţiuni la hematomul post-partum al labiei mari — — — — 275
Dr. Vraciu O. şi *Dr. Râmneanţu P.:* Indicele vital simplu în România şi provinciile istorice — — — — — — — — — — — — 375
Dr. Zink şi *Dr. Schultz I.:* Consideraţiuni asupra maladiei Nicolas-Favre în legătură cu un caz 481
Dr. Zolog M.: Sănătatea elevilor şcolari — — — — — — — — — — — — — 187

II. Probleme de Organizare Sanitară.

Dr. Capitanovici M.: Publicul şi Medicina — — — — — — — — — — — — — 97
Dr. Cosma I.: Observaţii asupra raportului lunar model 301 — — — — — — — 30
„ „ „ „ „ „ „ „ „ — — — — — — — 89

Pagina

Dr. Cosma I.: Mişcarea populaţiei în judeţul Sibiu în luna Ianuarie 1934 — — — 99
„ „ „ Publicul şi Medicina — — — — — — — — — — — — — — — — 160
„ „ „ Mişcarea populaţiei în judeţul Sibiu în luna Februarie 1934 — — — 168
„ „ „ Plasa Sanitară — — — — — — — — — — — — — — — — — — 222
„ „ „ şi *Dr. Sturza I.:* Mişcarea populaţiei în judeţul şi Municipiul Sibiu în luna Martie 934 — — — — — — — — — — — — — — — 235
„ „ „ Evidenţa grafică a boalelor contagioase — — — — — — — — — 286
„ „ „ şi *Dr. Sturza I.:* Mişcarea populaţiei în judeţul şi Municipiul Sibiu, în luna Aprilie 934 — — — — — — — — — — — — — — — 293
„ „ „ Mişcarea populaţiei în jud Sibiu în luna Mai 1934 — — — — — — 357
„ „ „ şi *Dr. Sturza I.* Mişcarea populaţiei în judeţul şi Municipiul Sibiu în lunile Iunie, Iulie şi August 1934 — — — — — — — — — — 429
„ „ „ şi *Dr. Stoichiţia I.:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din jud Sibiu — comuna Jina — — — — — — — — — — — — 490
Dr Dobrotă E : Un an de activitate a Casei de Ocrotire din comuna Jina (Sibiu) — 289
Dr. Ionaşiu L.: Dr. Gheorghe Prunaş — — — — — — — — — — — — — — 47
Dr. Lupaş M.: O instituţie sanitară rurală, Casa de Ocrotire „Regele Carol II", Sălişte 85
Manta M.: Apel către surorile de Ocrotire — — — — — — — — — — — — 34
Manta M : Din activitatea surorilor de Ocrotire din judeţul Sibiu — — — — — — 239
Dr Oprean O.: Activitatea Casei de Ocrotire din Doştat, judeţul Sibiu, în cursul anului 1933 — — — — — — — — — — — — — — — — 230
Pop V.: Ce-a fost, ce este şi ce trebue să fie farmacia — — — — — — — — — 424
Dr. Preda G.: Profesorul Dr. I. Cantacuzino — — — — — — — — — — — — 35
Dr. Stoichiţia I.: Asociaţie sau Colegiu? — — — — — — — — — — — — 28
„ „ „ Importanţa şi necesitatea Instituţiei Surorilor de Ocrotire — — — 101
„ „ „ Proiectul pentru înfiinţarea Academiei Române de Medicină — — 157
„ „ „ Trei ani de activitate în Plasa Sanitară Model Gilău — — — — 163
„ „ „ Legea pentru înfiinţarea Ligii naţionale contra tuberculozei — — 218
„ „ „ Rostul şi importanţa anchetelor medico-sociale — — — — — — 83
„ „ „ Technica anchetelor medico-sociale — — — — — — — — — — 351
„ „ „ Date rezumative privitoare la anchetele medico-sociale din jud. Sibiu 419
„ „ „ Necesitatea înfiinţărei unei Asociaţii a medicilor Sanitari — — — 486
„ „ „ şi *Dr. Cosma I.*: Rezultatele detaliate ale anchetelor medico-sociale din jud. Sibiu — comuna Jina — — — — — — — — — — — 490
Dr. Sturza I. şi *Dr. Cosma I.* Mişcarea populaţiei în jud. şi Municipiul Sibiu, Martie 1934 235
„ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ Aprilie „ 293
„ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ „ Iunie, Iulie, August, 1934 — — — — — — — — — — — — — — — — — 429

Revista cărţilor:

Dr. Gheorghiu Ilie: A. Aubin — R. Maduro. Technique pratique des examens labyrinthiques. Paris, Edit. Vigot Frères — — — — — — — — — — 38
„ „ H. Aloin şi R. Noel: Les hémoragies en oto-rhino-laryngologie. Paris 1932 — — — — — — — — — — — — — — — — — — 38
Dr. Popescu Ion A.: Al XXIII Congres german de Gynecologie şi Obstetrică. Vol. 156 Arhivele Gynecologice Editura Springer, Berlin — — — — — 39
„ „ „ Agr. Dr. I. Orient: Elemente de toxicologie medicală. Cluj — 364

Pagina

Dr. Ion Popescu A.: Cercetări asupra Gușei Endemice (Endemie Tiroidiană) în România. I-ul Memoriu de Prof. Danielopolu, Dr. Stoichița, Dr. I. Cosma, Dr. Ionașiu, etc. — — — — — — — — — — — — — 433

Dr. Stoichița I. Dr. Ștefan Anastasiu: Prof. Dr. N. Minovici și Salvarea, Edit. Socec 1933 105

„ „ Dr. Gr. Kessim, Sănătatea publică în timp de criză, Buc. 1934 — — 105

„ „ Prof. Hațieganu-Goia, Tratat elementar de Semeiologie și Patologie medicală, Vol. I Cluj 1934, Edit. Cartea Românească — — — — — 243

„ „ Dr. Rom. St. Mangiurea: Tuberculoza, mijloace de combatere, date statistice, critice și sugestii — — — — — — — — — — — — — 436

* * *

Revista revistelor și note de terapeutică.

* * *

Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor, Sibiu.

* * *

Note și informațiuni.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru administrație, la Drogueria I. Baciu, str. Regina Maria 10, Sibiu.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1934.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles — **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIȚIE:

Acest complex cuprinde **diferiți urocolitici** asociați în mod rațional. Acțiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace mărește cuantumul diurezei și în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezența **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAȚIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriță pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eșantioane și literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREȘTI.

CHINOIN S.A.

diureticul ideal

NOVURIT

un nou produs organic de mercur în soluție apoasă sterilă.

Acțiune puternică și persistentă, fără fenomene secundare toxice!

Injecțiuni intramusculare și intravenoase.

Cutii cu 5 și 10 fiole à 1 cmc. sau 2 cmc.

REPREZENTANȚA: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A.
GENERALĂ BUCUREȘTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4